Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 26. 25. Juni. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

Mittheilungen aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa in Würzburg.

Ein Beitrag zur Scoliosenbehandlung.

Von Dr. *Albert Hoffa*, Privatdocent für Chirurgie an der Universität Würzburg.

Als vor wenigen Jahren Sayre sein Gypscorset zur Behandlung der Scoliosen empfahl, hat dasselbe einen wahren Triumphzug durch die medicinische Welt gehalten. Das in Suspension angelegte Corset gestattete eine Fixation des scoliotischen Rumpfes, wie sie vorher, selbst mit Hilfe der complicirtesten Vorrichtungen nicht möglich war. Zudem war der Verband nach einiger Uebung leicht anzulegen, nicht zu theuer, von verhältnissmässig geringem Gewicht, und schien so überhaupt allen Anforderungen zu entsprechen, als man ihn auch abnehmbar zu machen lernte.

Verfolgte man aber durch Jahre hindurch die mit dem Corset behandelten Patienten, so waren die Endresultate hinter den Erwartungen zurückgeblieben und die Folge hiervon war, dass man vielfach wieder von der Corsetbehandlung abging.

Trotzdem gebührt dem Gypscorset unserer Ansicht nach der Vorzug vor allen anderen Scoliosenmaschinen, nur muss es mehr wie bisher die pathologische Anatomie der Scoliosen berücksichtigen. Die folgenden Zeilen sollen dies darzuthun versuchen.

Betrachtet man das Skelett einer hochgradigen habituellen Scoliose, so fallen einem unschwer drei Hauptabweichungen von der Norm auf.

Erstens ist die Wirbelsäule in Folge der verschiedenen Krümmungen, die sie eingegangen hat, kürzer geworden.

Zweitens steht der Rumpf nicht mehr senkrecht auf dem Becken, sondern er hat sich stark nach der Seite der Convexität verschoben, so dass der rechte Arm frei in der Luft pendelt und keine Stütze mehr an der seitlichen Rumpfcontour findet. Man bezeichnet diese abnorme Stellung als Inflexion der Wirbelsäule.

Drittens erkennt man eine Verdrehung, eine Torsion der Wirbelsäule. Diese Verdrehung der Wirbelsäule äussert sich wieder vorzüglich in zwei Momenten. Einmal bedingt sie die sogenannten hintern und vordern Rippenbuckel, dann aber bewirkt sie eine vollständige Verdrehung des Oberkörpers gegenüber dem Becken. Auf dieses letztere Verhältniss möchte ich hier ganz besonders aufmerksam machen. Die grössten Breitendurchmesser der Brust und des Beckens liegen nicht mehr wie beim normalen Körper in parallelen Ebenen. Die rechte Rumpfhälfte steht vielmehr bedeutend weiter zurück als die linke, und zwar um so mehr, je weiter man vom Becken nach der Schulter geht. Mit andern Worten die genannten Durchmesser des Beckens und des Thorax kreuzen sich jetzt, so dass eine frontal durch die Mitte der Wirbelsäule gelegt gedachte Ebene ein grosses Segment der Rippen der rechten Seite abschneiden würde, während sie die der linken Seite in den hochgradigsten Fällen kaum trifft. Man kann sich diese Verdrehung des Oberkörpers am besten in der Weise vorstellen, dass man annimmt, man habe seine Hand auf den Kopf einer normalen, am Becken fixirten Wirbelsäule gelegt und dann diese im Sinne des Uhrzeigers herumgedreht. Man kann auch wohl mit Lorenz die Wirbelsäule einer Rebe vergleichen, die sich um die senkrechte Axe des sie stützenden Stabes herumgeschlungen hat.

Behält man nun diese eben geschilderten Abweichungen des scoliotischen Skelettes im Auge, so ergeben sich daraus unmittelbar unsere Anhaltspunkte für die Therapie, indem diese, wie sich aus dem Gesagten ergibt, wesentlich drei Indicationen zu genügen hat. Sie muss 1) die Verkürzung des Skelettes, 2) die Inflexion desselben und 3) seine Torsion beseitigen, wenn man das Skelett wieder zur Norm zurückführen will.

Die Verkürzung des Skelettes ist zwar eine Folge der Inflexion und Torsion der Wirbelsäule, doch kommt ihr für die Behandlung eine so wesentliche Bedeutung zu, dass wir sie füglich gesondert betrachten dürfen. Sie ist es, gegen die fast allein das Sayre'sche Gypscorset nutzbringend ankämpft, und dadurch verliert dieses eben an Werth, dass es den beiden andern Anforderungen, der Bekämpfung der Inflexion und Torsion, zu wenig entspricht.

Man kann sich hiervon leicht durch die Untersuchung suspendirter Scoliosen überzeugen, indem bei nur einigermassen entwickelter Verkrümmung der Wirbelsäule, diese, wie die Abtastung der Dornfortsatzlinie ergibt, wohl etwas verflacht, aber keineswegs ausgeglichen wird.

Wenn man dann ferner noch bedenkt, dass selbst diese mangelhafte, durch die Suspension erzielte Correctur in dem Gypscorset nicht völlig erhalten bleibt, sondern nach unterbrochener Suspension theilweise wieder verloren geht, so leuchtet ohne Weiteres ein, dass das einfache Sayre'sche Gypscorset keinen wesentlichen Einfluss auf die Besserung stärkerer Scoliosen haben kann.

Sollte dem abnehmbaren Gypscorset ein wirklich dauernder Nutzen zukommen, so musste dasselbe auch die beiden andern pathologischen Veränderungen des Skelettes, die Inflexion und die Torsion der Wirbelsäule berücksichtigen.

Der erste, der an die Lösung dieser Aufgabe heranging, war Lorenz[1]), indem er mittelst seines »Seitenzugverbandes« zunächst die Inflexion der Wirbelsäule zu bekämpfen lehrte.

Lorenz legt diesen Seitenzugverband bei aufrechter Stellung der Patienten an, während deren Becken zwischen Trochanter

[1]) A. Lorenz, Pathologie und Therapie der seitlichen Rückgrat-Verkrümmungen. Wien, 1886.

und Darmbeinkamm von einer gepolsterten Beckengabel umfasst wird, dann wird der Oberkörper — eine gewöhnliche habituelle Scoliose vorausgesetzt — nach links verschoben, und diese corrigirte Stellung durch einen um den Thorax gelegten, von einem seitlichen verticalen Pfahle ausgehenden Gurt fixirt. Der jetzt angelegte Gypsverband reicht selbst nur bis zur rechten Schulterblattspitze, kann links noch kürzer sein, und wird am Abhebeln vom linken Trochanter dadurch verhindert, dass von einem in den Beckentheil des Verbandes eingeschlossenen Blech ein Riemen zu einer am linken Bein befestigten Schnürgamasche verläuft. Die ganze linke obere Hälfte des Rumpfes ist, wie die beistehende Figur erläutert, von jedem Verbande frei. (Fig. I.)

Fig. I.

Dieser Lorenz'sche Verband leistet Alles, was von ihm verlangt wird. Es gelingt mit demselben auch bei hochgradigeren Scoliosen den nach der Seite abweichenden Oberkörper wieder vollständig gerade zu stellen, so dass die Taillendreiecke auf beiden Seiten wieder annähernd normal werden.

Ich habe den Seitenzugverband sehr oft, etwa 60 mal, angelegt und nur einen kleinen Uebelstand an dem Verband gefunden. Dieser besteht darin, dass die Kinder nach längerem Tragen des Corsettes ihre linke Schulter hängen liessen, so dass diese bald tiefer stand wie die rechte. Nun muss es doch unser Bestreben sein, dieses Verhältniss gerade umzukehren, und habe ich deshalb in den letzten Jahren eine kleine Modification an dem Lorenz'schen Verbande angebracht. Diese besteht darin, dass ich die linke Schulter durch einige Touren, die ich mit der Gypsbinde von der rechten Schulterblattspitze aus schräg aufsteigend unter die linke Achselhöhle lege, in die Höhe hebe. Damit aber nun nicht die ganze Brust mit eingegypst zu werden braucht, stütze ich diese oberen Binden touren dadurch, dass ich an die linke Seite eine Blechschiene lege und diese mit eingypse. Um ferner die Brust frei zu lassen, wird ein dickes provisorisches Wattepolster vorn auf dieselbe gelegt, um nach Anlegen und Erhärtung des Gypses wieder fortgenommen zu werden. So erreiche ich die Stützung der linken Schulter ohne jede Beschwerde für die Patienten.

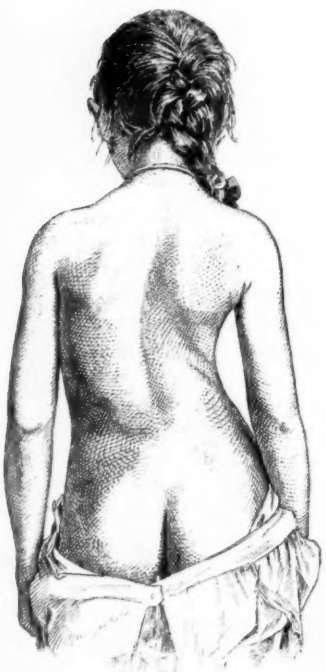

Fig. II.

Fig. III.

Ich habe so recht gute Resultate erreicht. Zunächst erhellt das Aussehen meines fertigen, zum Abnehmen eingerichteten Verbandes und seine Wirkung selbst bei hochgradigen Scoliosen aus den Figuren II. und III. Hier ist der Verband bei einer linksconvexen Brustscoliose angelegt.

Weiterhin mögen noch zwei kurze Krankengeschichten die Wirkung des Corsettes erläutern.

Lina Schneider aus Oberramstadt, 11 Jahre alt, wurde schon seit 5 Jahren an einer linksconvexen Brustscoliose behandelt. Als sie mir von Dr. Krauss in Darmstadt zugesendet wurde, zeigte der Rücken die Fig. IV. wiedergegebene Deformität. Patientin trug etwa ein halbes Jahr die eben beschriebenen Corsetten und wurde schliesslich entlassen, nachdem die Linksverschiebung des Oberkörpers völlig ausgeglichen war. (Fig. V.)

Auch bei älteren Scoliosen wirkt der Verband noch günstig; so zeigen die beiden Figuren (Fig. VI. und VII.) die rechts convexe Scoliose eines 16jährigen Mädchens (Tochter des Collegen A. aus H.) vor und nach nur 2monatlichem Tragen desselben.

So vortrefflich nun auch der Seitenzugverband gegen die Inflexion der Wirbelsäule wirkt, so wenig vermag er die Torsion der letzteren zu beeinflussen. Ueberhaupt galt bis vor ganz kurzer Zeit diese Torsionsveränderung der Wirbelsäule für unheilbar, und die meisten Aerzte sind auch jetzt noch damit zufrieden, die Deformität durch irgend einen der zahllosen Scoliosenapparate zu bemänteln. Das ist sicher nicht der richtige Standpunkt. Die Scoliose ist eine ebensolche Deformität des Skelettes wie der Klumpfuss und wir vermögen wohl sicher die scoliotische Wirbelsäule ebenso der normalen Form zu nähern, wie das Skelett des Fusses, wenn es uns nur gelingt, die dieser pathologischen Haltung des Skelettes entgegengesetzten statischen Verhältnisse zu erzwingen und zu fixiren. Das Transformationsgesetz von Julius Wolff wird dann die Knochen in richtige Formen zu bringen vermögen.

Die Schwierigkeit in unserem Falle liegt nun eben gerade darin, die Wirbelsäule und damit die pathologisch gestellten Rippen zu redressiren. Wie schon oben hervorgehoben, äussert sich die Torsion der Wirbelsäule in einer Deformität des Thorax, die zur Bildung der Rippenbuckel und der im Sinne des Uhrzeigers vor sich gehenden Verdrehung des ganzen Oberkörpers gegenüber dem Becken führt.

Soll nun eine Redression der Rippenbuckel herbeigeführt werden, so muss man sich wieder daran erinnern, dass, eine habituelle Scoliose vorausgesetzt, der Thorax im rechten Diagonaldurchmesser verlängert, im linken hingegen verkürzt ist. Der im correctiven Sinne wirkende Druck muss dementsprechend an den beiden Endpunkten des rechten Diagonaldurchmessers angreifen und in der Richtung desselben statthaben.

Verschiedene Chirurgen haben auf diese Weise ihr Glück versucht. Wir nennen von diesen Hueter und Lorenz.

Hueter wollte die Krümmungsveränderungen der Rippen dadurch beseitigen, dass er Pelotten auf den hinteren Rippenbuckel und die vorderen Rippenenden der anderen Seite wirken

liess, also die Endpunkte des längeren Thoraxdurchmessers einander entgegenzuführen suchte. Die an je einem Griff angeschraubten Pelotten wurden während des Anlegens des Gypsverbandes von einem Gehilfen auf die betreffenden Stellen aufgedrückt und übten dann, nachdem nach Erhärtung des Verbandes die abschraubbaren Griffe entfernt waren, einen stetigen, aber unerträglichen Druck aus.

Lorenz (l. c.) wiederum legte in seinem abnehmbaren »Druckverband« — den vorgewölbten Rippenpartieen entsprechend — Filzplatten ein, welche in gleicher Weise wie die Hueter'schen Pelotten einen concentrischen Druck auf den verlängerten Diagonaldurchmesser des Thorax ausüben sollten.

Viele Erfolge habe ich von diesen Druckverbänden nicht gesehen. Wenn sie wirklich nützen sollen, halten die Patienten den zu verwendenden Druck gar nicht aus und glaube ich daher, dass man auf diese Weise nicht weiter kommen wird.

Man darf die Rippenbuckel nicht durch directen Druck angreifen wollen. Will man wirklich Erfolge erzielen, so muss man mehr indirect gegen sie vorgehen, und zwar dadurch, dass man zunächst und hauptsächlich die zweite durch die Torsion der Wirbelsäule bedingte, aber bisher viel zu wenig beachtete Deformität berücksichtigt d. h. die durch die Verdrehung des scoliotischen Rumpfes herbeigeführte abnorme gegenseitige Lage zwischen Thorax und Becken in den Vordergrund der Behandlung stellt.

Versuche in dieser Hinsicht liegen seit ganz kurzer Zeit bereits vor und zwar von Lorenz, Fischer, Schwarz und Wolfermann.

Lorenz[2]) suchte die »Detorsion« der Wirbelsäule zu erzielen durch einen neuen Lagerungsapparat. Dieser lässt die corrigirenden Kräfte nicht wie die vielen andern Lagerungsapparate auf den in indifferenter Rückenlage befindlichen Rumpf wirken, sondern fixirt die Patienten in der der Richtung ihrer torquirten Wirbelsäule gerade entgegengesetzten Lage. Nehmen wir z. B. wieder den Fall einer gewöhnlichen habituellen Scoliose, so wird das Becken der auf ihrer rechten Seite liegenden Patientin zwischen zwei gepolsterten Platten derart fixirt, dass der quere Beckendurchmesser senkrecht zur Unterlage zu stehen kommt. Dann wird der Oberkörper aus der Seitenlage in die Rückenlage übergeführt, sodass jetzt die rechte Seite der Patientin nach vorn, die linke nach hinten zu stehen kommt. Gleichzeitig übt dann noch ein unter der rechten convexen Brustseite liegendes Polster einen direct corrigirenden Druck auf den Rippenbuckel aus.

Ich habe diesen Apparat vielfach verwendet und seinen Nutzen bestätigen können. Anfangs ist den Kindern die Lage sehr lästig und auch schmerzhaft, sie gewöhnen sich aber sehr bald an dieselbe. Immerhin ist es ein sehr unbequemer Zustand, in dem die Patienten doch längere Zeit verweilen müssen, falls man einen wirklichen Erfolg sehen will. Ausserdem hat der Apparat einen Nachtheil und zwar den, dass man neben der Detorsion nicht gleichzeitig eine Extension der Wirbelsäule ausführen kann. Ich habe dies versucht, musste aber davon bald Abstand nehmen, da die Patienten über heftige Schmerzen klagten.

Die gleichzeitige Extension ist aber meines Erachtens nach neben der eigentlich corrigirenden Wirkung ein unbedingtes Erforderniss aller orthopädischen Apparate und sie soll ebensowohl hier an der Wirbelsäule erfüllt sein wie bei der Behandlung einer Coxitis, eines genu valgum oder eines Klumpfusses. Denn wenn man die aufeinanderstehenden deformirten Gelenkcomplexe einer scoliotischen Wirbelsäule nicht möglichst entlastet, so kann auch nicht das allgemeine Naturgesetz zur Geltung kommen, das wir ja unbedingt benützen müssen, dass dort neue Gelenke entstehen, wo sich nach der Correction die Knochen berühren, dass dagegen auf der entlasteten Seite vermehrtes Wachsthum der letzteren sich einstellt.

Aus dem gleichen Grunde kann ich auch das Fischer'sche[3]), in neuester Zeit von Beely modificirte Verfahren, die Scoliosen bei halbgebeugtem Körper mittelst Anhängen von Gewichten im detorquirenden Sinne zu behandeln, nur als ein werthvolles Mittel zur Mobilisirung fixirter Scoliosen ansehen, nicht aber als ein Mittel, das Wachsthum der Wirbelsäule in corrigirendem Sinne zu beeinflussen. Nur aber dadurch, dass der scoliotische Rumpf dauernd in, wenn ich so sagen darf, descoliosirter Stellung gehalten wird und in dieser letzteren wächst, kann wirklich eine Besserung auch des bisher für unheilbar erklärten Scoliosen 2. und 3. Grades erhofft werden.

Vorrichtungen, die dieser letzteren Absicht entsprechen sollen, haben Wolfermann und Schwarz angegeben.

Wolfermann[4]) hat ein Corset construirt, dessen Brusttheil gegen das Beckentheil im Sinne der Detorsion zu verschieben ist. Da dies Corset von Lücke empfohlen ist, liess ich mir eines für eine Patientin von mir über einen Gypsabguss machen. Ich kann mich aber für dieses Corset nicht begeistern. Es ist nicht nur theuer, sondern vor allen Dingen auch sehr schwer und weiterhin für die ambulante Behandlung zu complicirt.

Besser gefällt mir die Idee von Schwarz[5]). Derselbe

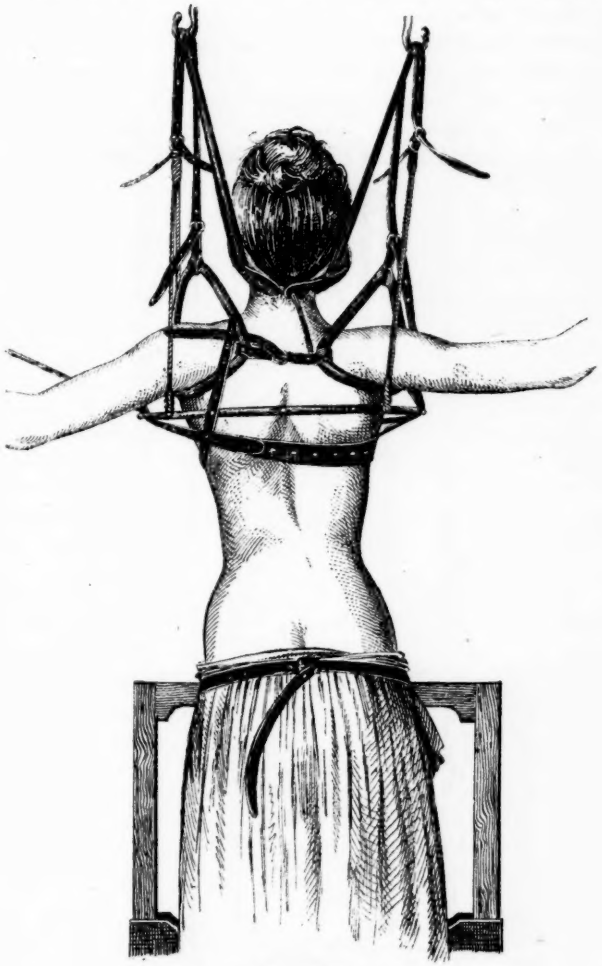

Fig. VIII.

[2]) Wiener med. Presse, XXVIII. 1887.

[3]) Berliner klin. Wochenschrift, 1888.

[4]) Centralblatt für Chirurgie, Nr. 42, 1888.

[5]) Wiener med. Presse, 1888.

construirte sich zunächst eine besondere Suspensionsvorrichtung, indem er an den Querstab einer gewöhnlichen Glisson'schen Schlinge einen ovalen eisernen Ring befestigte, in welchen die Patienten mit erhobenen Armen hineinschlüpfen müssen. An diesem Ringe werden nun Riemen befestigt, mit denen es möglich ist, einen leicht comprimirenden Druck auf den verlängerten Diagonaldurchmesser des Thorax auszuüben. Ausserdem kann der Ring selbst aber mittelst eines Riemens nicht nur nach der Seite der Concavität hingezogen, sondern auch um eine verticale Achse und zwar in einem zur bestehenden Rotation der Wirbelsäule entgegengesetzten Sinne gedreht werden. Dabei muss aber der am Ringe selbst befestigte Thorax diese Drehung mitmachen. Das Becken ist natürlich fixirt, sodass es keine der genannten Bewegungen mitmachen kann. Der ganze Hergang wird illustrirt durch die beistehende Fig. VIII. Während nun die Deformität des Patienten möglichst corrigirt ist, legt Schwarz ein abnehmbares, bis zu den Schulterblattspitzen reichendes Gypscorset an.

Schwarz ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden, ich habe aber sein Verfahren bisher nicht versucht, weil ich schon vor den bezüglichen Mittheilungen dieses Autors die Detorsion der Wirbelsäule, wie mir scheint, in einfacherer Weise, erstrebt und erreicht hatte.

Wende ich mich nun zur Beschreibung meiner Detorsionsmethode der Scoliosen, so will ich die lange Entwickelungsgeschichte derselben hier nicht berühren, sondern gleich in medias res gehen.

Nur das eine möchte ich nochmals hervorheben, dass es mein Ziel war, bei extendirter Wirbelsäule die seitliche Verschiebung des Rumpfes ebensowohl zu corrigiren wie die Verlängerung des einen Diagonaldurchmessers des Thorax und die Verdrehung des Rumpfes gegenüber dem Becken.

Um dieses Ziel zu erreichen, modificirte ich mir den bekannten Beely'schen Suspensionsrahmen in der Weise, dass ich in dem Holzgestell noch zwei aus Eisen verfertigte kleinere Rahmen anbrachte, die sich beide gegen einander um zwei an dem oberen und unteren Querbalken des Holzrahmens befestigte Achsen im Kreise herumdrehen und mittelst eines Stiftes in beliebiger Stellung fixiren lassen. Der Holzrahmen trägt ferner noch eine nach oben oder unten beliebig verstellbare Querleiste, an welcher das Becken der Patienten mittelst eines Gurtes befestigt wird. In diesem Gestell (Fig. IX) erreiche ich dann die Detorsion folgendermaassen:

Nehmen wir den Fall einer gewöhnlichen habituellen Scoliose, so wird die Patientin in der Glisson'schen Schlinge extendirt, bis die Fussspitzen den Boden berühren. Dann wird das Becken an die gepolsterte Querleiste mittelst eines Gurtes fest fixirt, sodass die beiden Beckenschaufeln bis an die Trochanteren frei sind. Man muss dabei darauf achten, dass die Fixation des Beckens möglichst nach rechts an der Querleiste geschieht, denn man kann dann leicht die Inflexion des Rumpfes corrigiren, wenn man bei der nun folgenden Manipulation den

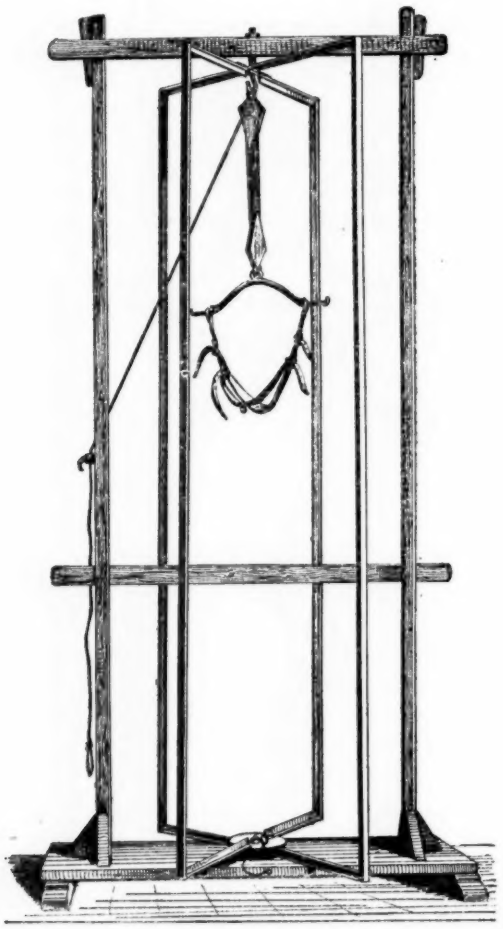

Fig. IX.

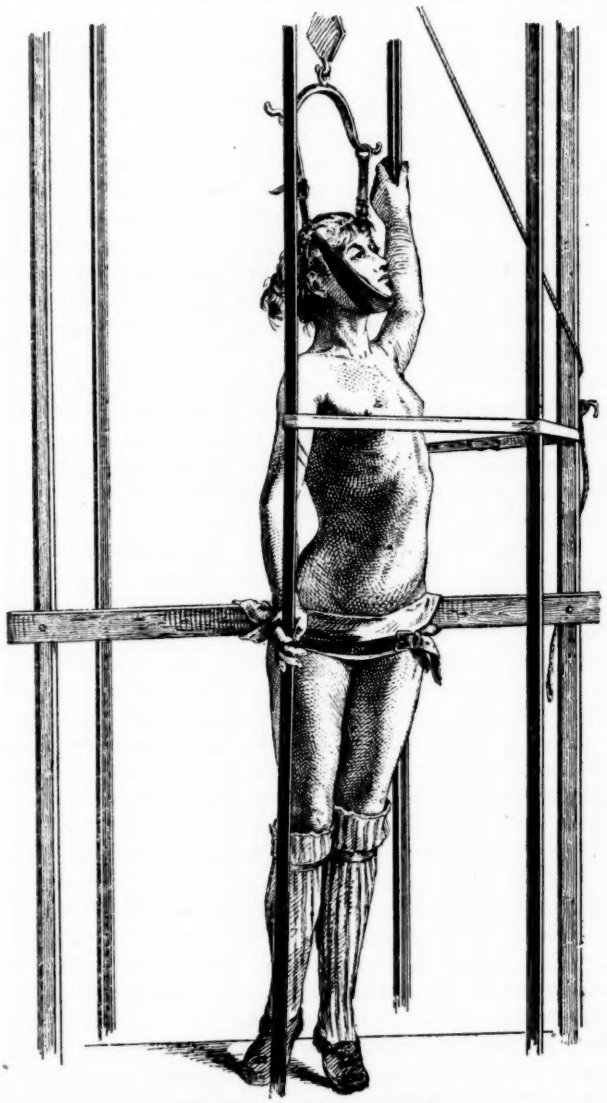

Fig. X. (Ansicht von vorn.)

Fig. XI. (Ansicht von hinten.)

Oberkörper möglichst nach links hin zieht. Diese letztere Manipulation besteht, wenn ich mich so ausdrücken darf, in der Aufrollung des Oberkörpers. Wir sahen oben, dass bei einer jeden habituellen Scoliose der Oberkörper nicht mehr senkrecht auf dem Becken steht, sondern sich so in seiner Stellung verändert hat, dass die rechte Rumpfhälfte nach hinten, die linke nach vorn verdreht ist. Sollen wir diese Deformität beseitigen, so müssen wir den Körper im entgegengesetzten Sinne aufwickeln d. h. wir müssen die rechte Rumpfhälfte nach vorn, die linke nach hinten zu verschieben suchen. Dies erreiche ich nun mittelst des vorherbeschriebenen Rahmengestelles. Ich lasse die linke Hand der Patientin hoch an dem einen der beiden eisernen Rahmen, der sich jetzt noch in den Holzrahmen unverändert befindet, festhalten, die rechte Hand einfach herabhängend an der anderen Seite des Rahmens festhalten, und drehe dann den Rahmen so von rechts nach links, dass die linke Körperseite nach hinten, die rechte nach vorn zu stehen kommt. Man kann so den Körper, indem die Hände festhalten, fast völlig umdrehen, so dass sich die Schultern rechtwinkelig zum Becken stellen. Eine solche übertriebene »Detorsion« ist aber nicht nöthig. Ich begnüge mich anfangs mit dem Grade der Aufrollung, wie ihn die Figur X und XI darstellen.

Ist nun die Aufrollung des Oberkörpers geschehen, so ziehe ich denselben mittelst eines elastischen Zuges nach links, indem eine Lederpelotte gleichzeitig einen mässigen Druck auf den Rippenbuckel der rechten Seite ausübt. Hierbei kommt der zweite Rahmen in Verwendung, indem der elastische Zug um denselben herumgeführt wird, damit dieser letztere auf keine andere Stelle des Thorax drücken kann, als einzig und allein auf den Rippenbuckel. Beide Rahmen, die jetzt in der Regel über das Kreuz einander gegenüberstehen, werden mit demselben Stift in der gewünschten Stellung fixirt.

(Schluss folgt.)

Aus dem hygienischen Institut in Amsterdam.

Ueber Creolin.

Von Dr. *J. Forster*, Professor der Hygiene in Amsterdam.

Nach den Untersuchungen von Esmarch[1]) und Eisenberg[2]), denen sich jüngst die werthvollen Versuche Henle's[3]) aus Prof. Wolffhügel's Laboratorium anreihten, ist das Creolin, ein Präparat, dessen Zusammensetzung und Bereitungsweise bisher nicht genügend bekannt war, ein hervorragendes Desinfectionsmittel. Es tödtet insbesondere Typhus- und Cholera-Bacillen in wenigen Minuten, wenn es mit Flüssigkeiten, die diese Bacteriensorten enthalten, selbst nur in Mengen von 0,5, beziehungsweise 0,1 Proc. vermischt wird. Das Creolin ist ausserdem bequem zu hantiren, in verdünntem Zustande besitzt es keine hervorragend giftigen Eigenschaften und gibt, selbst noch in Mengen von 10—15 Proc., mit Wasser oder anderen Flüssigkeiten sofort eine relativ gleichmässige und bleibende Emulsion. Allem Anscheine nach dürfte daher dieses Präparat zur Desinfection und Reinigung von Wäsche- und Kleidungsstücken, von Gefässen und Geräthschaften, der Möbel, des Fussbodens in Wohn- und Schlafräumen, zur Desinfection und Geruchlosmachung von Ausleerungen u. s. w., namentlich also zu all den verschiedenen Zwecken der häuslichen Desinfection nach Anordnung des prakticirenden Arztes, den meisten anderen Desinfectionsmitteln in der Praxis sich überlegen erweisen.

Das Creolin wird gegenwärtig nicht allein mehr von der Creolin-Compagnie in England, sondern auch von mehreren Fabrikanten auf dem Continente hergestellt. Der Umstand, dass neben dem bekannten Creolin von Pearson auch durch die Maatschappy voor chemische Industrie in Amsterdam ein Creolin, das seinen äusseren Eigenschaften nach und in gewissem Sinne auch in seiner chemischen Zusammensetzung[4]) identisch mit dem ersteren ist, producirt und in den Handel gebracht wurde, hatte mich veranlasst, die desinficirenden Eigenschaften des Amsterdammer Präparates in ähnlicher Weise zu prüfen, wie dies von Seite Esmarch's und Eisenberg's mit dem Creolin von Pearson gethan worden war. Eine solche Prüfung erschien um so zweckmässiger, als man vollen Grund hat zu der Annahme, dass, wenn das Creolin mit anscheinend gleichen Eigenschaften an mehreren Orten fabricirt wird, der bisher noch deckende Schleier von diesem geheimnissvollen Produkte der chemischen Industrie bald gelüftet wird. Ist dies der Fall, dann würde einerseits das Creolin aus dem unangenehmen Bannkreise der Geheimmittel gehoben; andererseits würde damit Aerzten und Pharmaceuten eine Substanz von gleichbleibenden Eigenschaften geboten, was begreiflicherweise die Aufgabe sehr erleichtern würde, die eigentlich wirksamen Bestandtheile des Präparates festzustellen. Wenn diese Seite der Creolin-Frage

---

[1]) Esmarch, Centralblatt für Bacteriologie (1887). II. Band. Nr. 10 u. 11.

[2]) Eisenberg, Wiener medic. Wochenschrift (1888), Nr. 17.

[3]) Henle, Archiv für Hygiene (1889). IX. Band, 2. Heft. Cf. das Referat in dieser Nr.

[4]) Vergl. in dieser Beziehung: J. W. Gunning, Pharmaceutisch Weekblad voor Nederland, 1889, Nr. 48.

für Desinfectionszwecke auch weniger in den Vordergrund tritt als dann, wenn es sich um die Anwendung als Antisepticum handelt, so verdient sie doch volle Beachtung: ich habe übrigens meinen Erfahrungen und Erkundigungen gemäss allen Grund zu der Vermuthung, dass das Geheimnissvolle des Präparates, das sich vor Allem durch sein Emulsionirungsvermögen auszeichnet, mehr in der Herstellungsweise als in dem Gehalte an bestimmten wirksamen Bestandtheilen zu suchen ist.

Mit Rücksicht auf die praktischen Bedürfnisse habe ich mich zunächst damit beschäftigt, die beiden genannten Creoline, die äusserlich keine nennenswerthen Unterschiede darbieten, das Creolin von Pearson und das Creolin der Maatchappy voor chemische Industrie zu Amsterdam, mit einander zu vergleichen. Die hiezu nöthigen Untersuchungen habe ich im Laufe des des Januar 1889 ausgeführt, und über dieselben bereits am 20. Februar d. Js. in einer Sitzung des Genootschap voor Natuur-, Genees- en Heelkunde einige Mittheilungen gemacht.[5]) Während ich über die Einzelnheiten der unter möglichst gleichen Bedingungen ausgeführten Culturversuche an einem anderen Orte berichten zu können hoffe, möchte ich die Leser dieser Wochenschrift mit einigen Resultaten derselben soweit bekannt machen, dass sie den Werth des hier fabricirten Creolins als Desinfectionsmittel im Vergleiche mit dem Pearson'schen Präparate beurtheilen können.

1) Zu Antheilen von zwei Flüssigkeiten, welche unzählbare Mengen von Bacterien enthielten — a) Fäcalien mit 80 Proc. Wasser verdünnt und b) Fäcalien aus der Centralpumpstation des pneumatischen Systems Liernur's, das in einigen Stadttheilen dahier eingeführt ist — wurden 5 Proc. und 2,5 Proc. des Pearson'schen und Amsterdam'schen Creolins gefügt. Nach 24stündiger Einwirkung beider Creolinsorten sind alle Bacterien bis auf einige wenige Individuen gleichmässig in allen 4 Proben getödtet.

2) Fäcalien, die mit 80 Proc. Wasser verdünnt, per ccm mindestens 420,000 Bacterien enthielten, wurden mit 1 Proc. der beiden Creoline vermengt. Etwa eine Minute schon nach erfolgtem Creolin-Zusatze ist die Anzahl der lebenden Bacterien bei beiden Präparaten gleichmässig auf wenige Tausende per ccm vermindert; nach 7 Tagen Einwirkung können mit der Plattencultur in je 20 mg der mit den Desinfectionsmitteln behandelten Fäcalien bei Pearson's Creolin noch 5, bei dem Amsterdamer Creolin nur noch eine lebende Bacterie gefunden worden.

3) Typhusbacillen, die in Löffler'scher Bouillon in grossen Mengen gewachsen waren, wurden durch Vermengen mit 1 Proc. der beiden Creolinsorten gleichmässig nach 5 Minuten grossentheils, nach 15 Minuten völlig vernichtet. Unter der Einwirkung einer nur 0,5 proc. Emulsion waren die gleichen Bacterien bei beiden Creolinen in 1 und 15 Minuten zwar noch nicht getödtet, nach Ablauf von 19 Stunden dagegen konnten keine lebenden Typhusbacillen mehr gefunden werden.

4) Cholerabacillen in Bouillon werden durch einen Zusatz von 2 Proc. und noch von 1 Proc. beider Creoline schon nach einer Minute Einwirkung getödtet. Selbst bei einem Zusatze von 0,9 pro mille Creolin von der Amsterdam'schen Fabrik ist noch eine deutliche Wirkung auf Culturen von Cholerabacillen zu erkennen; nur tritt hiebei das sichere Abtödten dieser Mikroorganismen erst nach einer etwas längere Zeit dauernden Einwirkung ein: 15 Minuten nach dem Zusatze von Creolin zu der Bouilloncultur finden sich wenigstens noch einzelne lebende Cholerabacillen darin. 0,95 pro mille Creolin tödtet Cholerabacillen in längstens 15 Minuten, während nach 5 Minuten eine kleine Anzahl derselben dem vernichtenden Einflusse des Desinfectionsmittels in dieser Concentration noch entgangen ist.

5) Pekelharing's Beri-Beri-Mikrococcen (graue Varietät) in Bouilloncultur sind nach Vermengung mit 0,5 Proc. des Amsterdam'schen Creolins nach 6 Tagen — bei einer Temperatur von $+20^{0}$ C bewahrt — theilweise noch am Leben, wenn dabei auch die Anzahl dieser Bacterien sich stark vermindert. 1 Proc. Creolin hat die gleiche Bacteriencultur auch nach 24 Stunden Einwirkung noch nicht getödtet. 2 Proc. des Amsterdam'schen Creolins vernichtet die Beri Bericoccen in Bouillon theilweise schon nach 5 Minuten; nach dreistündiger Einwirkung können keine lebenden Coccen mehr auf der Platte gezüchtet werden.

Da es sich im vorliegenden Falle zunächst um eine vergleichende Prüfung handelte, so bemerke ich noch, dass das von mir benutzte Creolin von Pearson als solches durch die Originalverpackung in Blechbüchse mit dem unverletzten Bleiverschlusse gekennzeichnet war; von dem Amsterdamer Fabrikate verwendete ich 2 Proben in Handelsverpackung, von denen die eine von dem Generalagenten der Fabrik in Amsterdam, die andere direct von der Fabrik der Maatschappy voor chemische Industrie bezogen worden war.

Die obigen Versuche, welche mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Esmarch und Eisenberg wohl übereinstimmen, befestigen daher die Ueberzeugung, dass das Creolin für die Praxis ganz wichtige desinficirende Eigenschaften besitzt. Ausserdem zeigen sie, dass das von der Amsterdamer Fabrik producirte Creolin, das meiner Prüfung unterlag, als Desinfectionsmittel hinter dem Pearson'schen Präparat nicht zurücksteht.

Nach den geschilderten Vergleichsversuchen habe ich die Untersuchungen in der Absicht fortgesetzt, die eigentlich wirksamen Bestandtheile des Creolins näher zu bestimmen. Bei diesen Versuchen, die, wie ich nunmehr sehe, auch durch Dr. Henle[6]) in ähnlicher Weise ausgeführt wurden, bin ich bisher von der Amsterdamer chemischen Fabrik, welche sich begreiflicher Weise alsbald für die Arbeit lebhaft interessirte, mit dem gewünschten Materiale und den nöthigen technischen Aufschlüssen thunlichst unterstützt worden. Ueber die Erfolge dieser Untersuchungsreihe hoffe ich bei einer späteren Gelegenheit des Weiteren berichten zu können.

[5]) Vergl. die Sitzungsberichte und ausserdem: Pharmaceutisch Weekblad voor Nederland, 26. jaarg. Nr. 2, 1889 und Weekblad van het Tijdschrift voor Geneeskunde 1889, Nr. 20, p. 589.

[6]) Archiv f. Hygiene, a. a. O.

Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

Von Dr. *Hermann Blümm*, prakt. Arzt in Kleinwallstadt.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung des ärztl. Bezirksvereins Obernburg-Miltenberg am 6. April 1889.)

Meine Herren! Wenn ich es wage, Ihre Aufmerksamkeit für einige Mittheilungen über epidemische Cerebrospinal-Meningitis in Anspruch zu nehmen, so glaube ich durch das mir vorliegende Material um so mehr hiezu berechtigt zu sein, als gerade in Hinsicht auf diese Affection in der allerletzten Zeit verschiedene neue Gesichtspunkte erörtert worden sind, die auch hier besprochen zu werden verdienen und da bei der glücklichen Seltenheit solcher Epidemien es auch nicht jedem von uns gegönnt ist, durch eigene Beobachtungen ein genaues Bild dieser Erkrankung zu gewinnen.

Es handelt sich um eine kleine von mir beobachtete Epidemie von Meningitis cerebro-spinalis. Wenn wir die Geschichte dieser Erkrankung näher ansehen, so lässt sie sich als eine Krankheit des 19. Jahrhunderts par excellence bezeichnen. Die früheste epidemiologische Nachricht über dieselbe stammt von Genf aus dem Jahre 1805, von wo sie nach Frankreich (1837-49) übertrat[1]); sodann wurden Fälle aus Italien gemeldet (1839—40),

[1]) cf. Hirsch, epid. Cerebrospinal-Meningitis, 1886.

dann aus Algier (1839—47). Die nächsten Meldungen kamen aus den Vereinigten Staaten Nordamerikas (1842—50 und 1856—57), aus Dänemark (1845—48) und aus Grossbritannien (1846). Im Jahre 1854 trat sie plötzlich in Skandinavien auf und hier herrschte sehr verderbenbringend bis 1861, bis sie im Jahre 1863 — 64 auch nach Deutschland kam. Die detaillirte Geschichte finden Sie in Hirsch's Monographie: »Die Meningitis cerebro-spinalis epidemica. Berlin, 1866«. Seit jener Zeit sehen wir sie an verschiedenen Punkten Deutschlands oft ganz plötzlich auftreten, um dann wieder zu verschwinden und an oft ganz weit entfernten Punkten wieder aufzutauchen, ein Verhalten, das bei anderen Epidemien kaum beobachtet wird.

Die erste Erkrankung der von mir beobachteten Epidemie erfolgte in Sulzbach, wo ein 4jähriges Kind befallen wurde, das am 5. Tage an unter den Erscheinungen der Genickstarre wiederholt eintretenden Convulsionen und tiefem Coma, welches einen Tag andauerte, verstarb. Eine zweite in derselben Gemeinde vorgekommene Meningitis wurde als tuberculöse angesprochen, da nicht alle Erscheinungen vollständig ausgeprägt waren, ferner der protrahirte Verlauf und die anamnestischen Verhältnisse — in dieser Familie waren in $1^1/_2$ Jahren 3 Todesfälle an Tuberculose vorgekommen — für die letztere Diagnose sprachen.

Diesen Erkrankungen folgte bereits am 29. December in Hofstetten eine andere, deren Diagnose bei der Eigenthümlichkeit des Verlaufs und bei den wenigen Anhaltspunkten, die von den Eltern zu erhalten waren, zweifelhaft blieb. Erst die weitere Beobachtung, sowie das Vorkommen weiterer ausgeprägterer Erkrankungen dieser Art liessen mir keinen Zweifel mehr, dass ich es hier mit Meningitis cerebro-spinal. zu thun hatte. Zwei spätere Todesfälle gaben mir allerdings Gelegenheit, die gestellte Diagnose zu erhärten, jedoch wurde die vollständige Section (Wirbelcanalöffnung) nicht gestattet. (Die in der peremptorischen Weigerung, die weitere Section zu gestatten, ausgedrückte Abneigung der Bevölkerung gegen vollständige Sectionen war unüberwindlich.)

Im Ganzen traten in Hofstetten 12 Erkrankungen auf, die als Mening. cerebro-spinal ep. angesprochen werden müssen. Einen Fall von mehrtägigem intensiven Kopfschmerz mit Ziehen in den Halsmuskeln und leichten tonischen Krämpfen ohne weitere nachweisbare Erscheinungen möchte ich wohl beizählen.

Zugleich scheint im gleichen Jahre ebenso wie in Sulzbach in einer anderen Ortschaft einer und der andere Fall von Men. cerebro-spinal. vorgekommen zu sein, ein Verhalten, wie es Hirsch (loc. cit. pag. 28) angibt, dass nämlich Cerebrospinal-Meningitis in dem befallenen Orte oder Landstriche in mehr oder weniger zahlreichen Fällen und an verschiedenen Punkten zugleich vorkommt.

Unsere kleine Epidemie beschränkte sich auf die Zeit vom 29. December bis zum 2. März, an welchem Tage mir die letzte Erkrankung gemeldet wurde, somit auf 2 Monate 5 Tage oder unter Beiziehung der Erkrankung in Sulzbach auf die Zeit vom 18. December 1887 bis 2. März 1888 sohin $2^1/_2$ Monate. Ueber die verschieden lange Dauer der einzelnen Epidemien gibt das oben citirte Werkchen von Hirsch genauen Aufschluss.

Auffallend ist der Abbruch der Erkrankungen vom 15. Januar bis zum 15. Februar, welche Erscheinung auch in früheren Epidemien, so insbesondere in Genf (1805), beobachtet worden ist. Hiedurch fällt der den meisten anderen epidemischen Krankheiten eigene Allgemeinverlauf — Ansteigen zur Akme mit folgenden Remissionen oder wiederholter Steigerung — weg, es tritt vielmehr eine Gruppe von Erkrankungen mehr gleichzeitig auf, der nach der intercalirten Pause eine grössere oder kleinere Anzahl weiterer Erkrankungen folgt. Erwähnt sei hier noch, dass die örtliche Lagerung der Wohnungen der in den verschiedenen Gruppen Erkrankten keinen localen Zusammenhang zeigen, sondern dass die Krankheit sprungweise in den verschiedenen Wohnungen des Ortes, bald hier und bald dort, auftrat.

Sowohl in der ersten, als auch in der zweiten Periode der Epidemie kamen leichtere und schwerere Erkrankungen vor. Von den Todesfällen trifft einer auf die erste, zwei auf die zweite Gruppe des Auftretens. Es erlag nämlich in Sulzbach, wie bereits erwähnt, das ersterkrankte Kind der Seuche. Die zwei Todesfälle in Hofstetten fallen jedoch auf den zweiten Abschnitt.

Werfen wir einen kurzen Blick auf das Alter der Erkrankten, so ist dasselbe folgendes:

0—5		5—10		10—15		15—20		20—25		25—30		30—35		35—40		über 40	
m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f
—	1	1	2	2	1	2	1	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—

Die Hauptsumme der Erkrankten (10) fällt somit unter das 20. Lebensjahr = 76,9 Proc. der Gesammtsumme, während das Alter von 20—40 blos mit 3 Erkrankten oder 23,07 Proc. participirt. Nach dem 40. Lebensjahre sehen wir keine Erkrankung, wie das die meisten Schriftsteller auch als gewöhnlich anführen. Von den Erkrankten sind 3 Personen der Seuche erlegen. Nach der Schwere der Erkrankung ausgeschieden, lassen sich 5 Erkrankungen als schwere Fälle, 3 als mittelschwere und 5 als leichte Erkrankungen bezeichnen; von den ersteren sind 3 oder 60 Proc. und 23 Proc. der Gesammterkrankungsziffer gestorben.

Einen Vergleich der Erkrankungsziffer mit der Gesammteinwohnerschaft finde ich nur für Hofstetten zulässig, wo überhaupt mehrere Erkrankungen vorgekommen sind; es erkrankten dort von 395 Ortseinwohnern 12 Personen oder 3,03 Proc. der Bevölkerung.

Bezüglich der Mortalität finde ich in Hirsch's Geschichte der Epidemie unter 41 dort aufgeführten Epidemien nur drei, die einen unter 23 Proc. bleibenden Sterblichkeitsprocentsatz zeigen, unsere Epidemie kann daher als eine günstig verlaufene bezeichnet werden.

In Beantwortung der Frage nach dem gleichzeitigen Vorkommen anderer Infectionskrankheiten finde ich in den verschiedensten Berichten gleichzeitiges Vorkommen anderer Epidemien, wie Scharlach, Masern, Parotit epid. und von Frankreich aus Typhus und Malaria erwähnt, was wohl als zufällig zu betrachten ist, wie wir dieselben Zufälligkeiten ja auch bei anderen Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach etc. zu beobachten Gelegenheit haben.

Dagegen haben die Forschungen der Neuzeit, wie auch bei anderen Infectionskrankheiten, z. B. dem Erysipelas und der Osteomyelitis, einen Anhaltspunkt dafür ergeben, dass Pneumonia croup. s. fibrinosa und Mening. cerebro-spinal. epid. auf einer gleichen Ursache, der Einwanderung des gleichen Spaltpilzes beruhen.

Fränkel[2]) fand, dass der von ihm als Ursache der fibrin. Pneumonie angesprochene Diplococcus auch bei Cerebrospinal-Meningitis vorkomme. Weitere Beobachtungen von Goldschmidt[3]) und insbesondere die von Leyden[4]), ferner die Mittheilung von von Hauser[5]) lassen es als höchst wahrscheinlich erscheinen, dass beide Erkrankungen von ein und demselben Spaltpilze bedingt sind.

Aus diesem Verhalten erklärt sich leicht die häufige Coincidenz beider Erkrankungen bei ein und demselben Individuum. Aber auch das gleichzeitige epidemische Vorkommen von Pneumonie und Cerebrospinal-Meningitis wird hierdurch leicht verständlich, wie das z. B. bei unserer Epidemie der Fall war, und es liegt demnach vorerst kein Grund vor, nach weiteren Schädlichkeiten als Entstehungsursache derselben zu suchen. Ebenso ist die Frage nach der Ansteckung von Person zu Person ja nur nach diesem Gesichtspunkte zu beurtheilen. Geradeso wie Pneumonie in 2—3 oder mehreren Fällen in Einer Familie

[2]) Münchener medicin. Wochenschrift. 1887. S. 231.
[3]) Münchener medicin. Wochenschrift. 1888, Nr. 32.
[4]) Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. XII. S. 385.
[5]) Münchener medicin. Wochenschrift. 1888, S. 599.

vorkommen kann und deshalb noch kaum Jemand die Existenz eines Contagiums im engeren Sinne ansprechen wird, so dürften auch die mehrfachen Erkrankungen von Cerebrospinal-Meningitis in einzelnen Familien oder zusammengehörigen Menschenmassen aufzufassen sein. In unserer Epidemie waren allerdings in Einem Hause 4 Erkrankungen vorgekommen und zwar im Zeitraum von 4 Tagen, so dass man doch eher an eine mehr gleichzeitige Infection, als an eine Uebertragung von Person auf Person zu glauben gezwungen ist. Alle anderen Fälle traten in den Familien einzeln auf und sind Erkrankungen zweiter Personen nach kürzerer oder längerer Zeit nicht beobachtet worden.

Ich wende mich nun zu einer kurzen Schilderung der Erkrankung selbst. Die meisten Autoren und Beobachter nehmen ein Prodromalstadium an, welches sich auf 2—14 Tage erstrecken soll, aber nicht in allen Fällen, sondern etwa nur bei 50—55 Proc. derselben vorkommt. In demselben sind es hauptsächlich mehr oder weniger heftiger Kopfschmerz, Schwindel, Abgeschlagenheit, Uebelkeit, Schmerzen im Nacken und in den Extremitäten, die Seitens der Kranken geklagt werden. Ich selbst habe eine länger als 3 Tage dauernde Prodromalzeit in meinen Fällen nicht beobachtet oder anamnestisch eruiren können. Eine Erkrankung, die ein scheinbar längeres Prodromalstadium aufwies, war eine Abortivform, es kam überhaupt nicht weiter als zu den Anfangserscheinungen, welche aber bald in Genesung übergingen.

Nun tritt entweder mit intensiver Steigerung des Kopfschmerzes ein Frostanfall oder auch unter Wegfall des letzteren ein- oder mehrmaliges heftiges Erbrechen ein. Hiebei ist das Gesicht eher bleich als geröthet, die Augen zeigen einen mehr müden, etwas stieren Ausdruck. Mitunter beobachtet man eine Röthung der Conjunctiven. Die Körpertemperatur steigt rasch auf 39° C und darüber, ohne jedoch in den meisten Fällen 40° C zu überschreiten. Die zunehmende Pulsfrequenz entspricht keineswegs der Fieberhöhe, sondern man findet den Puls oft gegen Erwarten rascher, als es der Fieberhöhe entspricht. Ebenso verhält sich auch die Athmung. Der Kopfschmerz wird in diesem ersten Stadium kaum von den Kranken localisirt. Ziehen und schmerzhaftes Reissen ohne nachweisbare Muskelcontraction tritt auf. Beifügen will ich noch, dass man nicht zu selten Gelegenheit findet, bei einem Kranken, der am Abend noch wohl war, am anderen Morgen den ganzen Initialsymptomencomplex zu beobachten, ohne dass Prodrome vorhanden gewesen sind.

In einigen Fällen (2) wurden im Initialstadium noch kolikartige Schmerzen unter den beiden Hypochondrien nach vorne ziehend geklagt, jedoch bei den übrigen diese Erscheinungen vermisst. Ob dies ein mit der Erkrankung zusammenhängendes Symptom und welche Deutung demselben zu geben sei, muss ich vorerst dahingestellt sein lassen.

Mit der Dauer der Affection nimmt nun in erster Linie der Kopfschmerz zu, er wird drückend, pressend, für die Kranken unausstehlich. Sie geben bei noch vorhandenem Sensorium diesem Gefühle oft in der kläglichsten, oft in der wildesten Weise Ausdruck und bezeichnen diesen Schmerz als »etwas kaum mehr erträglich Erscheinendes«. »Dieses Pochen und Hämmern im Gehirn, dieser wilde Druck, verbunden mit den heftigsten Schmerzen, welcher den Schädel zersprengen möchte« — wie mir eine Patientin versicherte — »übersteige Alles, was sie in ihrem Leben jemals an Schmerzen ertragen«. Hiebei ist das Auftreten des im späteren Verlaufe der Krankheit öfter vorkommenden und dem Hydroceph. acut. eigenen Crie hydrocephalique hie und da zu beobachten.

Der Kopfschmerz ist in den meisten Fällen ein fortdauernder und gehören Intervalle zu den Seltenheiten. Lässt man nun solche Kranken, wenn möglich, das Bett verlassen, so beobachtet man mitunter ein Schwanken derselben, ähnlich dem Gang eines Trunkenen. Sie fühlen sich unsicher, der Boden scheint ihnen unter den Füssen zu wanken (Schwindelgefühl). Dieses Symtom sah ich jedoch nicht auffällig ausgeprägt.

Nun beginnen die Kranken Erscheinungen seitens des Sensoriums darzubieten, sei es nun, dass Excitations- oder Depressionszustände eintreten. Furibunde oder mussitirende Delirien kommen im Verlaufe des Leidens beide vor. Ihnen folgt nach kürzerer oder längerer Zeit (2—10 Tagen) Genesung, oder sie gehen in Sopor und Coma über mit Ueberleitung in den tödtlichen Ausgang.

Ebenso beginnt zumeist zu dieser Zeit, wo sich die Steigerung des Kopfschmerzes geltend macht, eine Hyperästhesie der Sinnesnerven bemerkbar zu machen: Lichtscheu, Erschrecken über die geringsten Geräusche, Unerträglichkeit derselben, Gehörshallucinationen sind nicht zu selten.

Gewöhnlich am 2.—3. Tage der Erkrankung tritt jene Erscheinung, deren Namen — »Genickstarre, Genickkrampf« — die Krankheit trägt, ein: der Nacken wird steif, der Hinterkopf nach rückwärts und unten gezogen. Im Verlaufe des Leidens steigert sich diese Erscheinung mehr oder weniger oft bis zu den excessivsten Formen, der ganze Rücken wird nach und nach in die Starre mit einbezogen, die am Kopfe vorgenommenen Beugungsversuche nach vorne werden stetig schmerzhafter, während die laterale Beweglichkeit, sowie die Excurvation nach hinten noch mehr frei ist. Diese Erscheinung bildet eines der letztschwindenden Symptome bei dem Uebergang in Genesung, wie ich sie auch zweimal mehrere Stunden vor dem Tode schwinden sah. In dem dritten tödtlich verlaufenden Falle hielt sie bis $^1/_4$ Stunde vor dem Exit. letb. an und erklärt sich deren Aufhören hier wohl leicht aus der durch Gehirnlähmung eingetretenen allgemeinen Paralyse.

Erwähnenswerth ist noch eine intensive Schmerzhaftigkeit des Processus spinos. der Wirbelsäule, wie sie in zwei Fällen beobachtet wurde. Allerdings hat es den Anschein, als ob gewisse Stellen schmerzhafter, andere mehr frei wären. Zu ersteren schienen Cervicaltheil, unterer Brust- und oberer Lendenwirbeltheil zu gehören (Rhachialgie). Auch diese Erscheinung schwand gleich der Nackencontractur sehr spät. Hirsch und Niemeyer bestätigen deren lange Dauer ebenfalls.

Die Zunge zeigt im grossen Ganzen keine specifischen Erscheinungen. Es kommen fast alle Arten von Belegen und Zuständen dem Fieberverhalten entsprechend vor.

Die Hautsensibilität ist meist gesteigert, Berührung der Haut und Lageveränderung sehr oft heftig schmerzend; der Leib ist meist eingesunken und kann diese Erscheinung sehr hochgradig werden; Milzvergrösserung ist eine sehr inconstante Erscheinung; der Harn ist im Allgemeinen spärlich, dunkel saturirt. Bei schweren Formen hat man der Blase, weil sie wegen des benommenen Sensoriums nicht entleert wird, alle Sorgfalt zuzuwenden und deren künstliche Entleerung, wenn nöthig, zu veranlassen. Eine besondere Aufmerksamkeit erfordert auch der spontane Harnabgang wegen des allenfalls daraus hervorgehenden und bei derartigen Kranken oft längere Zeit hindurch unentdeckt bleibenden Decubitus.

Von anderen Erscheinungen können noch Trismus, krampfhafte Schlingbeschwerden, tonische Krämpfe der Gesichtsmuskeln auftreten, — Dinge von schlimmer prognostischer Bedeutung. Ebenso sind klonische und tonische Muskelkrämpfe, sowie Paresen ganzer Körperhälften beobachtet worden. Paralysen sind eine Seltenheit und dürften, wo sie vorkommen, auf organischen Störungen der Gehirnmasse (Abscess, Erweichungsherd) beruhen. Hier will ich eines mehrfach beobachteten Symptomes gedenken, das ich in den Lehrbüchern nicht erwähnt finde.

Kernig in St. Petersburg (Berl. Klin. Wochenschr. 1884 S. 829) theilt mit, dass bei Cerebrospinal Meningitis epidemica eine Beugecontractur in den Beinen und zuweilen auch in den Armen auftrete. In den weitaus meisten Fällen entsteht diese Erscheinung erst beim Sttzen, während sie bei liegender Stellung fehlt. Beim Setzen auf den Bettrand mit heranshängenden Beinen wird die Nacken- und Rückencontractur viel intensiver und dann tritt eine Beugecontractur in den Kniegelenken, zuweilen auch in den Ellenbogengelenken ein. Die Streckung ist dann nur bis 135° möglich, bei hochgradigem Phänomen bleibt der Winkel 90°. Nach Kernig lohnt es sich, diesem auffallenden Symptom fast noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als der Nackenstarre, die mitunter ja sehr wenig ausgeprägt ist. Dieses Symptom wurde von Kernig in 13 Fällen, die

alle die typischen Erscheinungen der Cerebrospinal-Meningitis darboten beobachtet. 2 Fälle zeigten ständige Contracturen, bei 11 wurde diese im Sitzen beobachtet und 2 der Fälle waren frei.

Diese Erscheinung gehört nach Kernig zu den spätesten und schwindet nur mit dem letzten Reste der Nackencontractur oder des Kopfschmerzes. Ueberhaupt ist die grosse Constanz und lange Nachweisbarkeit des Symptoms von Bedeutung. Im Stehen schwindet die Erscheinung, tritt aber wieder ein, wenn der Oberschenkel in einem gewissen Winkel zum Rumpfe gebeugt wird.

Henoch bestätigt dieses Vorkommen des Kernig'schen Symptomes in 2 von ihm beobachteten Fällen. Er erwähnt zugleich, dass Beugungsintention gleichfalls eine Contracturￂsteigerung bewirke.

Ich selbst habe 9 meiner Fälle darauf untersucht und in 7 derselben diese Erscheinung feststellen können. In einem Falle trat es mit solcher Heftigkeit auf, dass der Kranke eine Schmerzäusserung bei dem Eintritt der Contractur kund gab. Die weitere Verfolgung dieses Symptomes dürfte die hiefür aufgewendete Mühe lohnen.

(Schluss folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Ein Fall von Sulfonal-Exanthem. Von Dr. G. Merkel. (Mitgetheilt im ärztl. Localverein in Nürnberg am 6. Dec. 1888.)

Der Fall betrifft einen jungen Mann, der an Cerebrospinal-Meningitis erkrankt war und im städtischen Krankenhause behandelt wurde. Derselbe hatte am 25. und 26. November je 1,0 g, am 29. und 30. November je 2,0 g Sulfonal genommen. Am 1. December trat symmetrisch ein kleinfleckiges Exanthem von scharlachrother Farbe um die Achselhöhlen und Inguinalfalten auf, welches sich auf die Aussenflächen der Schulter und Oberarme sowie der Oberschenkel ausbreitete und zu grossen rothen Flächen zusammenfloss. Das Exanthem blasste langsam ab und war in einigen Tagen verschwunden; erst später trat eine leichte kleienförmige Abschuppung ein. Das Exanthem entsprach ganz genau demjenigen, das jüngst von Engelmann in dieser Zeitschrift beschrieben wurde.

In zwei anderen Fällen wurde eine auch von anderer Seite schon mehrmals beobachtete, verspätete Sulfonalwirkung constatirt, indem in diesen die gewünschte fast achtstündige Wirkung erst am nächsten Morgen — 10 Stunden nach dem Einnehmen von 1,5 resp. 2,0 g des Mittels — eintrat.

Carcinoma oesophagi mit falschem Wege. Von Dr. G. Merkel. (Mitgetheilt und demonstrirt im ärztl. Localverein in Nürnberg am 6. September 1888.)

Das Präparat entstammt einer 62 Jahre alten, an Inanition in Folge von Carcinoma oesophagi zu Grunde gegangenen Frauensperson. Die Neubildung begann 4 cm unterhalb des Ringknorpels und veranlasste eine 8 cm lange Verengerung der Speiseröhre. Die Innenfläche ist ulcerös. Der Hauptknoten ragt von rechts herein und musste der Sonde die Richtung nach links geben. Am untern Ende der Neubildung linkerseits an der hinteren Wand befindet sich eine kreisrunde, scharfrandige erbsengrosse Oeffnung in der Schleimhaut, die in einen vollkommen überhäuteten 7 cm langen Canal führt, der mit einer ebenfalls glattwandigen gleich grossen Oeffnung in der normalen Schleimhaut wieder in das Lumen der Speiseröhre mündet. Dieser vollkommen verheilte falsche Weg, der für einen dicken Catheter durchgängig ist, war Monate vor dem Eintritt der Patientin in's Krankenhaus (wo sie erst in extermis Aufnahme suchte) durch mit gutem Erfolg angestellte Dilatationsversuche mittelst olivenförmiger feinster Sonden gebahnt worden.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Bernhard v. Gudden's gesammelte und hinterlassene Abhandlungen. Herausgegeben von Dr. **H. Grashey**, o. ö. Professor der Universität und Director der oberbayerischen Kreis-Irrenanstalt zu München. Mit 41 in Kupfer radirten Tafeln und einem Portrait. Wiesbaden. Bergmann. 1889. 224 S.

Es war, wie uns der Herr Herausgeber im Vorwort mittheilt, v. Gudden's eigner in der letzten Zeit seines Lebens gehegter Gedanke gewesen, seine an verschiedenen Stellen veröffentlichten Abhandlungen gesammelt, erweitert und um einige neue Arbeiten vermehrt erscheinen zu lassen. Sein jähes Dahinscheiden, wie es ihn thatsächlich mitten aus der wissenschaftlichen Forschungsarbeit herausriss, vereitelte die schon vorbereitete Verwirklichung dieses Gedankens. So blieb es denn der liebevollen Hand des Schwiegersohnes vorbehalten, das Werk zu vollenden und mit demselben dem grossen Forschergeiste v. Gudden's das ehrwürdigste Denkmal zu setzen.

Mit traurigen Gefühlen nehmen wir das Werk zur Hand. Denn von Neuem wieder bringt es uns so recht die Grösse des Verlustes zum Bewusstsein, welchen die Wissenschaft mit dieses Mannes Tod erlitten hat. Rührt doch ein ansehnlicher Theil unseres fest gesicherten Wissens auf dem Gebiete der feineren Gehirnanatomie von v. Gudden her! Ihm verdanken wir eine fruchtbare Methode zur Erforschung des Baues des Centralnervensystems, ihm ein Instrument zur Herrichtung mikroskopischer Schnitte durch ein ganzes menschliches Gehirn und von den letzten Jahren seines Lebens verging keines, in welchem er nicht bahnbrechende Entdeckungen oder die wissenschaftliche Anschauung klärende Erörterungen schwebender Fragen durch Schrift oder Wort mitgetheilt hätte.

Diese selten knappen, überall klaren wie sachlichen, den Adel hoher Forschungsgabe bekundenden Darstellungen v. Gudden's hatten geradezu entzückende Wirkung, waren und sind uns Vorbilder und Richtwege im wissenschaftlichen Denken und in dessen Uebertragung auf die lernende Jugend. Wir ahnen, welche Schätze des Wissens dieser Mann uns noch zu bringen vermocht hätte, wäre er nicht durch ein rauhes Schicksal hinweggerafft worden.

In dieser Sammlung seiner Abhandlungen ehren wir von Gudden's uns schon zu eigen gewordenen Nachlass und mit freudigem Danke nehmen wir von Prof. Grashey das Prachtwerk in Empfang. Enthält es doch neben dem Wohlbekannten zugleich das letzte Vermächtniss des Dahingeschiedenen an die Wissenschaft: drei werthvolle bisher noch nicht veröffentlichte Abhandlungen über ein viertes Bündel der Fornixsäule (XXVIII), über Augenbewegungsnerven (XXXII), über Gehirn und Schädel eines neugeborenen Idioten (XXXIII).

Die chronologische Anordnung, in welcher die Abhandlungen wiedergegeben sind, gewährt uns ein klares Bild von dem Entwicklungsgange, den v. Gudden's wissenschaftliche Thätigkeit genommen hat. Mit der Lösung allgemein pathologischer Fragen und kritischer Erörterung irrenärztlicher Lehren hatte er begonnen; dann folgten umfassende, lange Jahre der Vorbereitung kostende Untersuchungen über Entwicklung von Schädel und Gehirn unter dem Einflusse experimenteller Eingriffe. Diese Arbeiten führten v. G. zunächst zur Entdeckung der erwähnten Untersuchungsmethode, die seinen Namen trägt. Es besteht diese Methode in Exstirpation gewisser peripherischer oder centraler Gebilde des Nervensystems beim neugeborenen Thiere und der später stattfindenden Feststellnng der Folgen, welche diese Eingriffe für die weitere Entwicklung der zugehörigen Bahen und Centren des Nervenapparates nach sich ziehen. Aus jenen umfassenden Untersuchungen ging weiterhin ein grosses Werk über das Wachsthum des Schädels hervor[1]). Aber die experimentelle Forschung, welcher v. Gudden die letzten zwei Jahrzehnte seines Lebens widmete, liess ihn keinen Augenblick die praktische Seite seines Berufes vergessen. Wie er das Muster eines Irrenarztes war, wie er in Werneck, Zürich

[1]) v. Gudden, Experimental-Untersuchungen über das Schädelwachsthum. München, 1884.

und München grosse organisatorische Schöpfungen im Anstaltswesen in's Leben rief, so lehrte oder schrieb er auch fast unausgesetzt über praktische irrenärztliche Fragen.

Treten wir dem Werke jetzt näher, so können wir selbstverständlich nur die hauptsächlichsten Forschungsergebnisse und die bahnbrechenden Entdeckungen v. Gudden's hervorheben, um den seinem Specialfache, der Neurologie, ferner Stehenden zu zeigen, was alles wir diesem Manne verdanken.

Eine der ersten Gruppen der Abhandlungen (II, III, V) beschäftigt sich mit einem dem eigentlichen Forschungsgebiete v. Gudden's ferner liegenden Gegenstand, mit parasitären Hautkrankheiten. Er zeigte, wie die Scabies durch die Anwesenheit einer Milbe im Hautorgan bedingt sei und wie ein anderer Parasit (Leptus autumnalis) eine eigenartige Hautkrankheit hervorzurufen vermag. Erkennt man aus diesen Arbeiten, wie v. Gudden mit den exacten Methoden der experimentellen und mikroskopischen Forschung in der Hand an das ihm zu Gebote stehende Material an Kranken forschend heranzutreten verstand, so zeigt eine weitere Gruppe von Abhandlungen (VI, VII, VIII, IX, XXIX) über Ohrblutgeschwulst, Rippenbrüche und Decubitus (neuroparalytische Entzündung) der Geisteskranken, dass er aus seiner genauen und kritischen Forschungsmethode auch die Mittel zur Verhütung und Bekämpfung von Krankheitsprocessen zu schöpfen wusste. Nicht befriedigt durch die Annahme trophischer Nerven, deren geschwächter Thätigkeit man ziemlich allgemein die erwähnten Störungen zuschrieb, gelangte er durch die sorgfältigsten Beobachtungen zu der Ueberzeugung, dass Ohrblutgeschwulst und Rippenbrüche traumatischen Ursprungs sind, erzeugt durch Misshandlung der Kranken seitens ihrer Umgebung, dass der Decubitus der geschwächten Kranken hauptsächlich Folge von Nachlässigkeiten in der Pflege sei. In einer guten Irrenanstalt dürfen daher, so lehrt v. Gudden, diese drei Affectionen nur äusserst selten vorkommen.

Dem Gebiete der feineren Anatomie des Gehirns und seiner Theile im weiteren Sinne gehören nicht weniger als 19 Abhandlungen an. Eine grössere Reihe derselben beschäftigt sich mit der Erforschung der cerebralen Bahnen und Centren des Sehorgans. Als frühzeitige Vorläuferin dieser Arbeiten kann die bereits 1849 erschienene Mittheilung (I) v. Gudden's über das Verhältniss der Centralgefässe des Auges zum Gesichtsfeld betrachtet werden, in welcher nachgewiesen ist, dass die Purkinje'sche Aderfigur nur unter ungewöhnlichen Bedingungen der Netzhauterregbarkeit gesehen wird. In den unter XIII, XV, XIX—XXIII, XXVI, XXX, XXXI, XXXII wiedergegebenen Abhandlungen sind Entdeckungen von grösster Tragweite niedergelegt. v. Gudden zeigte in diesen Mittheilungen zunächst, dass bei allen Thieren, deren Gesichtsfelder getrennt sind, sich die Sehnerven vollständig kreuzen, bei denjenigen Thieren aber (und so auch beim Menschen), deren Gesichtsfelder zusammenfallen, die Sehnervenkreuzung unvollständig, dass das ungekreuzte Bündel dabei das kleinere ist; dass eine vordere Commissur im Chiasma nicht besteht, eine hintere Commissur (die Gudden'sche C.) in demselben zwar vorhanden ist, aber in keiner physiologischen Beziehung zum Sehnerven steht; dass ausser den Sehnervenfasern noch ein zweites System von Fasern und zwar stärkeren Kalibers im Nervus opticus enthalten ist, welches die Pupillenbewegung auf reflectorischem Wege beherrscht; dass die Fortnahme eines Auges Atrophie des gegenüberliegenden oberen Vierhügels, Fortnahme einer Grosshirnhemisphäre-Atrophie des Sehhügels und oberen Vierhügels der gleichen Seite bewirkt; dass durch Exstirpation des oberen Vierhügels eine unvollständige Atrophie des Sehnerven, durch Fortnahme aber des oberen Vierhügels, des Corpus geniculatum externum und des Thalamus eine vollständige Atrophie des N. opticus herbeigeführt wird. v. Gudden gelangte bei diesen Forschungen zu dem fundamentalen Lehrsatz, dass Leitungsbahnen immer atrophiren, es mag das eine oder das andere der beiden Centren, die sie verbinden, zerstört werden, dass dagegen von den beiden Centren, wenn eines zerstört wird, nur dann das andere atrophirt, wenn es nicht das erregende, sondern das erregte Centrum ist. — Bedeutungsvolle Entdeckungen v. Gudden's betreffen die Augenmuskelnerven und deren Centren. War es ihm schon früher nachzuweisen gelungen, dass der sogenannte Facialiskern in der Medulla oblongata nach Zerstörung des Nervus abducens zum Verschwinden gebracht wird, mithin diesem und keinem anderen Nerven zuzurechnen ist, so zeigte er in einer hinterlassenen Arbeit (XXXII), dass jeder Oculomotorius nicht nur zwei (wie v. G. früher gelehrt hatte), sondern drei Kerne besitzt: zwei ventrale (nämlich einen vorderen und einen hinteren) auf der gleichen Seite und einen dorsalen auf der entgegengesetzten Seite.

Nahe verwandt dieser Gruppe von Abhandlungen ist ein Cyklus von 3 Arbeiten (XIII, XIV, XXI), welche zwei von v. Gudden entdeckte Gebilde im Hirn betreffen: den Tractus peduncularis transversus und das Ganglion interpedunculare. Der Tractus peduncularis transversus, nach v. Gudden's Forschungen im Faserzug, welcher am vorderen Rand des oberen Vierhügels zu Tage tretend als plattrundlicher Strang über den Hirnschenkel nach unten zieht, um in die Mitte des letzteren sich einzusenken, hängt in seiner Entwicklung mit der Entwicklung der Retina zusammen; denn er atrophirt nach Enucleation des Augapfels. Sind somit seine Beziehungen zum Sehact zweifellos, so ist es doch noch nicht gelungen, denselben näher auf die Spur zu kommen. Das (beim Menschen) in der Decke des Foramen coecum pontis gelegene, unpare, von der Substantia perforata posterior unabhängige Ganglion interpedunculare, steht, wie v. Gudden zeigte, durch die beiden pinselförmig in das Ganglion einstrahlende, sich in demselben kreuzenden Meynert'schen Bündel mit den beiden Ganglia habenulae (in den Zirbelstielen) in Verbindung; Fortnahme eines Ganglion habenulae bringt das zugehörige Meynert'sche Bündel zum Schwund. Die physiologische Bedeutung des Gangl. interped. ist unbekannt; doch ist wahrscheinlich, dass es in Bezug auf das Ganglion habenulae ein erregendes Centrum sei.

Wiederum 3 mit den beiden vorigen Gruppen in naher Beziehung stehende Arbeiten (XXII, XXVII, XXVIII) bringen uns bedeutungsvolle Aufschlüsse über den feineren Bau bekannter Hirngebilde, nämlich des Corpus mamillare und der Fornixschenkel. Das Corpus mamillare besteht nach v. Gudden's Untersuchungen zunächst aus zwei von einander unabhängigen Ganglienknoten, einem medialen kleinzelligen, selbst wieder in zwei Ganglien zerfallenden und einem lateralen grosszelligen Nervenknoten. Aufsteigender und absteigender Fornixschenkel bilden keine Schleife im Corpus mamillare, wie bis dahin ziemlich allgemein angenommen wurde; es durchsetzt vielmehr, nachdem er sich hinter dem Corpus mamillare mit seinem Nachbar gekreuzt hat, der aufsteigende Fornixschenkel einfach das Corpus mamillare zwischen dessen medialem und lateralem Ganglion. Der absteigende Gewölbeschenkel (Viq d'Azyr'sches Bündel) begibt sich zu den ventralen hinteren Knoten des medialen Ganglion vom Corpus mamillare; vom dorsalen vorderen Knoten dieses Ganglion entspringt ein anderes (eine Strecke weit das Viq d'Azeyr'sche begleitendes) Bündel, welches in der Haube des Hirnschenkels verschwindet (Haubenbündel). Nach Exstirpation einer Hemisphäre atrophirt nur das Viq d'Azyr'sche Bündel, nach Enucleation eines Auges, sowie nach Zerstörung des vorderen Ganglion des Corpus mamillare geht das Haubenbündel zu Grunde. Der Pedunculus corporis mamillaris entspringt vom lateralen Ganglion des Corpus mamillare, verläuft am lateralen Rande des Hirnschenkels, wo er in der Gegend der Brücke unkenntlich wird, weil Schleifenfasern ihn verdecken. — Die Fornixsäule setzt sich nach v. Gudden's Forschungen zusammen aus einem unteren (hinteren) gekreuzten, einem seitlichen ungekreuzten, einem vorderen ungekreuzten und einem medialen Bündel.

Mit den Verbindungsbahnen des Kleinhirns beschäftigt sich die XXV. Abhandlung: nach Fortnahme einer Kleinhirnhälfte atrophirt der gleichseitige Bindearm, mit ihm der hintere Theil des rothen Kerns der Haube auf der entgegengengesetzten Seite, während vom Strickkörper noch ein winziger Rest erhalten bleibt, die ihm zugehörigen drei Oblongatakerne (ein dorsaler, ein lateraler, ein ventraler) auf der gleichen, die Olive auf der entgegengesetzten Seite zu Grunde gehen. Im Brückenarm konnte v. Gudden nachweisen: eine zumeist caudal gelegene

Commissur, einen offen daliegenden, die Raphe überschreitenden Faserzug und eine anscheinend auf derselben Seite bleibende Fasermasse.

In einer umfassenden Darstellung, welcher die eigenen anatomischen Forschungsergebnisse zu Grunde gelegt sind, erörtert v. Gudden unter kritischer Beleuchtung der Gehirnexperimente Anderer die Frage der Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde (XXXI). Kann er sich auch nicht als Anhänger der Lehre bekennen, welche die Grosshirnrinde mit scharfer, landkartenartiger Abgrenzung unter die verschiedenen Sinne und Muskelgruppen vertheilt, so erklärt er sich doch nicht als Gegner jeglicher Localisation. Weil die Hirnrinde an verschiedenen Stellen verschiedenen Bau aufweist und einzelne von ihr entspringende bezw. nach ihr hinziehende Fasermassen von ganz bestimmten Bezirken der Rinde abhängig sind, indem sie nur nach Wegnahme dieser Bezirke atrophiren, »bleibt wohl nichts anderes übrig, als sich mit einer gewissen Entschlossenheit zu der Ansicht zu bekennen, dass bei normaler Entwicklung und Einübung der Grosshirnrinde sich auch die Functionen wenigstens in zwei Hauptregionen localisiren, der für die Bewegungs- und der für die Empfindungsvorstellungen.« Mehr zu behaupten hat man bis jetzt, nach v. Gudden's Ansicht, nicht das Recht.

Eine ältere und eine der hinterlassenen Arbeiten (XI, XXXIII) enthalten Untersuchungen über angeborene Schädel- und Hirnanomalien. In der ersten dieser Abhandlungen zeigte v. Gudden, wie der Schädel durch intrauterinen Druck Wachsthumshemmungen erfahren kann, welche sich unter Umständen erst spät oder gar nicht mehr ausgleichen. Die zweite Abhandlung ist die mustergiltige Beschreibung des in Folge von Druck schwer verkümmerten Gehirnes eines Neugeborenen. Zwischen Dura und Schädelperiost lagerte seltsamer Weise, beide erheblich von einander entfernend, reichliche Flüssigkeit. Der Schädel selbst ist normal. Die Dura umspannt fest das kümmerlich entwickelte und verbildete Grosshirn, welchem die Tractus olfactorii bei erhaltenem Bulbi fehlen; die Nervi optici sind durchaus bindegewebig entartet, die Retinae bis auf das Fehlen der Nervenfaserschicht normal, Thalami opt. und oberer Vierhügel verkümmert, die äusseren Kniehöcker fehlen, während die Kerne der Augenbewegungsnerven und diese Nerven selbst unverändert sind. Von den Corp. mamill. ist keine Spur vorhanden. Ganz zu Grunde gegangen sind auch die Pedunculi cerebri. Die Brücke ist in Folge des Ausfalles der Pyramiden etwas abgeflacht; die Oliven sind vorhanden, Kleinhirn, Bindearme, anscheinend auch die Brückenarme, hintere Vierhügel und rothe Kerne der Haube normal entwickelt; dagegen fehlen die Meynert'schen Bündel, das Ganglion interpedunculare, Fornixschenkel und Fornix, Balken und vordere Commissur. Die Corpora striata sind sind nur als dürftige Reste vorhanden, die Hirnwindungen ganz verkümmert, nur die Ammonshörner gut entwickelt.

Dass v. Gudden neben seinen so fruchtbaren Forschungen über den Bau der Centralorgane des Nervensystems allgemein pathologische Fragen fest im Auge hehielt, beweist eine 1876 erschienene Abhandlung (X) über die Exstirpation einer Niere und der Testikel beim Kaninchen, Untersuchungen, welche v. Gudden zur Feststellung der relativen Selbständigkeit und Abhängigkeit der einzelnen Organe des Thierkörpers von einander vornahm.

Von den irrenärztlichen Mittheilungen v. Gudden's ist nur die kritische Arbeit »Zur Frage der relativ verbundenen Irren-, Heil- und Pflegeanstalt« (IV) der Sammlung eingereiht, Seine zahlreichen anderen das Irrenanstaltswesen betreffenden Mittheilungen und Berichte sind in dem Verzeichnisse seiner sämmtlichen Veröffentlichungen am Ende des Werkes aufgeführt.

Die Ausstattung des Werkes ist diejenige eines Prachtwerkes ersten Ranges. Die schönen Tafeln und das Portrait des Dahingeschiedenen verdanken wir der künstlerischen Hand seines Sohnes Rudolf Gudden. Für den Fachmann ist das Werk ein grosser Gewinn, da es ihm die Möglichkeit gewährt, die bisher so zerstreut gewesenen Arbeiten v. Gudden's rasch und bequem nachschlagen zu können. Emminghaus.

Zur Behandlung perforirender Bauchwunden.

Von Oberarzt Dr. Schreiber in Augsburg.

(Fortsetzung.)

Von den Bauchverletzungen kommen abgesehen von den oft grässlichen Verletzungen, wie sie durch das Horn wüthend gewordener Thiere hervorgerufen werden, fast ausschliesslich Stich- und Hieb-Verletzungen, sowie Revolverschusswunden in Friedenszeiten zur Beobachtung, und die wichtige Frage ist stets, ob eine Verletzung als eine perforirende anzusehen ist.

Jeder Zweifel hierüber ist genommen, wenn ein inneres Organ prolabirt ist und der häufigste Fall ist es wohl, dass Netz oder Netz und Darm prolabirt. Die ersten beiden obigen Fälle sind solche einfache Netzvorfälle. Ist ein solcher frisch, so versteht sich von selbst, dass das richtige Verfahren ist, denselben unter antiseptischen Schutzmaassregeln zu reponiren; besteht der Vorfall jedoch schon länger, so ist die Indication zur Reposition selten mehr gegeben und die antiseptische Abtragung des Netzprolapses mit Reposition des Stumpfes in die Bauchhöhle wird das richtige Verfahren sein, wenn nicht schon Verwachsungen eingegangen oder entzündliche oder gar brandige Processe an dem vorliegenden Netzvorfall bestehen, in welchem Falle es besser ist, den Prolaps ruhig zu belassen resp. antiseptisch zu decken und erst die Granulationsbildung, die Abstossung des Gangränösen abzuwarten, bevor man eventuell die prolabirte Masse abträgt.

Ein prolabirter Darm muss natürlich stets reponirt werden, wenn nicht die Veränderung desselben so ausgedehnt, dass man lieber einen Anus praeternaturalis belässt; frische Wunden am Darm werden nach den allgemein gültigen Methoden der Darmnaht (Lembert, Jobert) genäht, bei grösserer Ausdehnung der Verletzung eventuell sogar ein ganzes Stück aus dem Darm primär resecirt und die Continuität des Darmes durch Naht wieder hergestellt. Viel schwieriger liegen natürlich die Verhältnisse bei kleinen Perforationen und Eingeweideverletzungen an nicht prolabirten Partien. Ist es principiell auch kein Zweifel, dass Ausfluss von Darminhalt in die Bauchhöhle verhütet werden soll, so sind doch oft die diagnostischen Anhaltspunkte so geringe, die Verletzung oft anscheinend eine so unbedeutende, dass es schwer ist, den Patienten oder seine Angehörigen von der Nothwendigkeit einer Laparotomie zu überzeugen und das fatale ist, dass nur rasches Eingreifen, baldige Operation wesentliche Chancen bietet, Abwarten von schweren Symptomen ist (wie aus dem folgenden sich zeigen wird) hier nicht erlaubt, rasches Handeln vielmehr nöthig und vielleicht sind die amerikanischen Erfolge hier den continentalen nur desshalb überlegen, weil durch die bessere Hospitalorganisation resp. den rascheren Transport dahin, die Möglichkeit rascheren Eingreifens besser gegeben ist. Zweifellos ist, obgleich wir seltene Fälle von Spontanheilungen trotz Darmverletzung etc. (eventuell nach Kothabscess etc.) kennen, nach len jetzigen Gesichtspunkten die Laparotomie mit Aufsuchen resp. Verschliessen der verletzten Intestinalstelle die richtige, rationelle Therapie, wenn wir auch zunächst nur eine geringe Anzahl von sonst absolut Verlorenen hiedurch dem Leben erhalten werden und (wie der letzte der obigen Fälle zeigt) oft bei derartigen Eingriffen den gewünschten Effect nicht erreichen, oft sogar eine verletzte Stelle nicht entdecken können. Doch sagt z. B. Albert vollkommen überzeugend: »Der Epoche der Ovariotomien und Laparotomien fehlt es nicht an Courage und Technik; würde sie den Darmverletzungen gegenüber die Hände in den Schooss legen, so könnte man mit vollem Rechte ihre Logik anklagen. Bei Ovariotomien den Bauchraum mit Schwämmen auswaschen und jede Spur von Erguss von Blut oder Cysteninhalt entfernen, gleichzeitig aber bei Verletzungen den Kotherguss ins Peritoneum vor sich gehen lassen ohne die Hand zu rühren, das kann man nicht zusammen reimen. Haben schon mittelalterliche und spätere Chirurgen die Laparotomie in derartigen Fällen empfohlen, wurde dieselbe schon in vorantiseptischer Zeit in einzelnen Fällen erfolgreich ausgeführt, so darf doch die antiseptische Zeit sich nicht dem Vorwurf zu wenig energischen Vergehens aussetzen.«

Die folgenden Zeilen mögen zeigen, wie die Anschauungen hierüber liegen.

Werfen wir nun einen Blick auf die neueste, über dies Gebiet vorliegende Litteratur.

Mac Cormac gab in der Medical society (2. Mai 1887) eine eingehende Darlegung des jetzigen Standes betreffs der Frage der Laparotomie bei intraperitonealen Verletzungen, eine hochinteressante Arbeit, die O. Thamhayn ins Deutsche übertrug und die als Nr. 316 der Volkmann'schen Vorträge bei uns einen weiten Leserkreis finden wird. Nach einer allgemeinen Skizzirung der einschlägigen Fortschritte, wobei MacCormac in begeisterter Weise Lister's Verdienste hervorhebt, und einigen historischer Bemerkungen betreffs der penetrirenden Unterleibswunden, deren grosse Gefährlichkeit einige ausnahmsweise Spontanheilungsfälle nicht umstossen, und deren Diagnose, so bedeutungsvoll sie ist, doch oft auf recht grosse Schwierigkeiten stösst, bespricht MacCormac die Behandlung und kann hiebei das früher anerkannte Verbot der Sondenuntersuchung nicht mehr aufrecht erhalten, ist vielmehr unter sorgfältigster Antisepsis dafür, mittelst Sondirung Aufklärung über Richtung und Ausdehnung des Wundganges (mit eventueller Erweiterung desselben) Penetration etc. zu erlangen. Rasches Handeln ist hier unbedingt nöthig. Für alle Stich- und Schnittwunden des vorgefallenen Darmes gilt die Nath als das beste Heilverfahren (abgesehen von Fällen, wo die Anlegung eines künstlichen Afters durch die Art der Verletzung indicirt ist); aber auch Wunden des nicht prolabirten Darmes müssen vernäht werden, da der geringste Austritt von Darminhalt tödtliche Peritonitis erzeugen kann resp. fast stets hervorruft.

MacCormac bespricht die verschiedenen Arten der Darmnaht. 1) »Bei kleinen oder reinen Schnittwunden führt man die Nadel 1—2‴ weit vom Wundrand entfernt ein, an der Schnittfläche der serösen Haut wieder heraus und dann weiter in umgekehrter Reihe an der anderen Seite, sind dagegen die Ränder gequetscht, dann ist es vorsichtiger, den Einstich bis 3,5‴ nach aussen zu verlegen und 1‴ vom Rande entfernt die Nadel wieder herauszuführen. Die Anzahl der Nähte muss eben genügen, die Wundränder in genauen und sorgfältigen Zusammenschluss zu bringen, doch hüte man sich vor zu festem Anziehen des Fadens.« Als nächste Aufgabe nach Reposition der genähten Darmstelle bezeichnet der Verfasser die genaueste und sorgfältigste Reinigung der Bauchhöhle von Blut und fremden Stoffen; hiezu empfiehlt er Ueberieselungen von 3 proc. warmer Borlösung.

2) betrachtet MacCormac die Schusswunden, die ebenfalls heutzutage sorgfältig zu sondiren, eventuell zu erweitern sind, um ihre ganze Länge durchforschen zu können. Gasige Auftreibung, Emphysem in der Wundumgebung, stärkerer Blutaustritt unterstützen die Annahme einer Darmverletzung, während blutige Stühle in der Regel erst zu spät eintreten, um diagnostisch verwerthet zu werden. Shok spricht für Eingeweidebetheiligung oder grossen Blutverlust, ist somit keine Contraindication für energisches Eingreifen. Auf dem Schlachtfeld hält MacCormac allerdings hiefür die Verhältnisse zu ungünstig und erst im Feldlazareth die nöthigen Voraussetzungen gegeben. Die Laparotomie ist umsomehr gerechtfertigt, als Durchschiessungen des Leibes nur ganz ausnahmsweise ohne Darmverletzung vorkamen. Dieselbe sollte in der Mittellinie und so ausreichend ausgeführt werden, dass sie die Uebersicht über die ganze Höhle gestattet. Der Darm soll methodisch, am Besten vom Blinddarm ausgehend, untersucht, blutende Gefässe sofort unterbunden, coagula entfernt werden. Bei mehreren Darmwunden dicht nebeneinander empfiehlt der Verfasser die Resection und sofortige Vernähung, wobei besonders auf genügend tiefes Einsenken der Nähte am Gekrösrande zu achten, damit die Wundränder genau aneinandergebracht werden. Am besten führe man (Parkes) zuerst 3 Nähte am Gekrösrand, dann eine am gewölbten Darmrande, ferner eine 5. und 6. seitlich in der Mitte und die nun folgenden in den Zwischenräumen aus. Nierenwunden indiciren die Nephrectomie (bei gleichzeitiger Bauchfellzerreissung). Wunden des Dickdarms sind im Allgemeinen etwas weniger gefahrdrohend als die Verletzungen des Dünndarms.

Magenwunden (in 99 Proc. tödtlich) sollten ebenfalls, zumal wenn schwere anderweitige Beschädigungen fehlen, mit Laparotomie und Naht behandelt werden. Leberwunden indiciren eventuell ebenfalls den Bauchschnitt, da Fälle bekannt (Burkhardt etc.), wo durch Jodoformgazetamponade Blutung resp. Gallenaustritt erfolgreich verhütet wurde.

3) bespricht MacCormac die Unterleibsverletzungen ohne äussere Wunden, die oft trotz schwersten Characters entscheidende Symptome gar nicht zu Tage treten lassen. Er betont besonders tiefe und lang anhaltende Nervenerschütterung, kleinen und schnellen Puls, beschleunigtes Athmen, plötzlich eintretenden, anhaltenden, bei Druck sich steigernden localen Schmerz als von diagnostischer Bedeutung. Schon die sicher noch hinter der Wirklichkeit zurückbleibende Angabe von Chavasse, dass 96 Proc. derartiger Verletzungen lethal verlaufen, indicirt den Bauchschnitt zur Klarlegung der Verletzung, zur Stillung der Butung und Reinigung der Bauchhöhle. Speciell bespricht der Verfasser noch diese Verletzungen mit Betheiligung der Blase, erwähnt die einschlägige Literatur und zwei eigene Beobachtungen, in denen er erfolgreich die Blasennaht einer rupturirten Blase bei Erwachsenen ausführte (in einem Fall 26 Stunden nach der Verletzung), und ist er danach selbst in zweifelhaften Fällen für die Laparotomie. — Durchschneidet man erst die unteren Schichten der Bauchwand, so kann man die vordere Blasenfläche untersuchen, bevor man zur Eröffnung der Bauchhöhle schreitet, um die obere und hintere zu besichtigen. Er ist nicht für das Zuglätten des eventuellen Blasenrisses (Rivington) betont nur das Einschlagen der Wundränder, und verwirft die Drainirung durch den Damm, da der Riss gewöhnlich oben und hinten sitzt; permanentes Liegenlassen des Catheters empfiehlt sich nicht, als die Zersetzung begünstigend. MacCormac verwirft die (Güterbock'sche) Eröffnung der Blase am oberen Theil zur Erleichterung des Abflusses, da dies die Antisepsis aufhebt und nur eine neue Gefahr hinzufügt. Den Schluss der mit einigen, die verschiedenen Darmnähte etc. darstellenden guten Holzschnitten ausgestatteten Arbeit bildet eine Zusammenstellung der betreffenden in der Literatur mitgetheilten Fälle, darunter 32 penetrirende Schutzverletzungen etc.

56 Fälle von Darmnaht wegen Stich- oder Schnittwunden des Dünndarms hatten 42 mal günstigen und 14 mal tödtlichen Ausgang. (Fortsetzung folgt.)

A. Henle: Ueber Creolin und seine wirksamen Bestandtheile. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Göttingen.) Archiv für Hygiene, Band IX. 1889. S. 188.

Diese unter Leitung Wolffhügel's ausgeführte Arbeit enthält vergleichende Untersuchungen über die desinficirende Wirkung der beiden Creolinpräparate von Pearson und Artmann. Zunächst wird die chemische Zusammensetzung des Artmann'schen Creolins besprochen, und bestätigt auch Verfasser nach seinen Versuchen, wie früher schon Weyl (cf. d. W. Nr. 14), dass dasselbe zwar nicht absolut frei von Phenolen ist, aber nur geringe Mengen davon enthält. Dagegen ist dasselbe reicher an Naphthalin als das englische Fabrikat und enthält ferner Pyridin, wie dieses.

Bei der bacteriologischen Prüfung wurde zunächst — da die Creoline Gemische mehrerer Antiseptica sind — die Frage berücksichtigt, wie sich im Allgemeinen Gemische von Desinficientien verhalten. Verfasser, der erst nachträglich von E. Rotter's dahingehenden Vorschlägen Kenntniss erhalten hatte, spricht sich auf Grund seiner Versuche ebenfalls in günstiger Weise über die combinirte Wirkung gemischter Antiseptica aus. Das englische Creolin ergab denn auch, in Uebereinstimmung mit allen früheren Untersuchern, starke antiseptische Wirkung; doch ist es erforderlich, die Creolinflaschen vor dem Gebrauch gründlich zu schütteln, um gleichmässige Wirkung zu erhalten. Dagegen erwies sich die desinficirende Wirkung des Artmann'schen Creolins als eine sehr geringe.

Verfasser stellte nun weitere Untersuchungen über die

Frage an, welche Stoffe dem englischen Creolin seine Desinfectionskraft verleihen und gelangte zu dem Schlusse, dass Phenole (Phenol-Carbolsäure), indifferente aromatische Kohlenwasserstoffe und Harzseife diejenigen Bestandtheile sind, welche dem Creolin seine antiseptischen Eigenschaften verleihen. Das Fortlassen eines dieser Körper genügt, um die Desinfectionskraft wesentlich zu schwächen. Von Bedeutung erwies sich ferner das Emulgiren. Verfasser konnte die interessante, allerdings leicht erklärliche Thatsache constatiren, dass Carbolöl, das an sich nach Koch's Versuchen keine antiseptische Wirkung besitzt, in wässriger Emulsion mit Zusatz von etwas arabischem Gummi eine beträchtliche Wirkung äussert. Es beruht dies auf Diffusion der Carbolsäure in's Wasser. Desshalb erhöht sich die Desinfectionskraft des Creolins wesentlich durch seine Fähigkeit zu feiner Emulgirung.

Von Interesse sind ferner die Versuche Verfassers über Herstellung künstlicher creolinartiger Desinfectionsgemische. Dieselben ergaben, dass sämmtliche Stoffe des englischen Creolins sich durch andere Stoffe ersetzen lassen, die diesem englischen Creolin nicht entstammen, die im Handel zu haben sind und die wir nach unserem Belieben selbst zusammenmischen können. Wenn wir uns aber auf diese Weise unter unserer eigenen Aufsicht das Creolin bezw. dieses mit Harzseife emulgirte Gemisch aus Phenolen und indifferenten aromatischen Kohlenwasserstoffen herstellen lassen, dann müsse wohl auch der Vorwurf, dass es ein Geheimmittel sei, in Zukunft verstummen. Verfasser ist übrigens nach seinen Versuchen der Ueberzeugung, dass das Creolin ein besonders zweckmässiges Desinfectionsgemisch darstellt, in dem nicht nur eine Summe von Leistungen mehrerer zusammengemischter Stoffe zu Tage tritt, sondern in dem der eine dieser Stoffe, das Phenol resp. die Phenole, in eine Lage gebracht sind, in der sie weit mehr als unter gewöhnlichen Umständen ihre guten Eigenschaften zur Geltung bringen können.

Für die Anwendung ist die wichtigste Frage die Giftigkeit, und gerade mit Rücksicht darauf müsste die Zusammensetzung des Gemisches gewählt werden. Wenn dagegen auf Giftwirkung keine Rücksicht zu nehmen ist, würde sich nach Verfasser am meisten eine Creolinnachahmung mit einem Gehalt von 60 Proc. an Phenolen empfehlen. B.

Vereinswesen.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie.

III. Congress zu Freiburg i./B. vom 12.—14. Juni 1889.

(Originalbericht von Dr. Kötschau-Köln.)

(Fortsetzung und Schluss.)

Vor Beginn der Morgensitzung am 2. Tage operirte **Sänger**-Leipzig nach seiner Methode bei einer Frau einen Prolaps und machte weitere Mittheilungen über Lappenperineorrhaphie; an der Discussion darüber betheiligten sich Frommel, Küstner, Schatz und Hegar.

Als Correferent zur Frage der **»Behandlung der Extrauterinschwangerschaft«** sprach danach **J. Veit**-Berlin: Die praktische Frage der operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaften dreht sich darum, ob die gestielten Graviditäten operabel sind oder nicht; die Antwort darauf lautet, dass dieselben operirbar sind. Die Ovarialgraviditäten werden wie ein Eierstockstumor operirt und bieten weitere Schwierigkeiten nicht dar; die Tubargraviditäten sitzen intraligamentär und bieten ebenfalls der Operation in den ersten 5 Monaten keine Schwierigkeiten; diese walten jedoch in Hinblick auf die Diagnose ob, denn es handelt sich immer nur um eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, die allerdings mit ziemlicher Sicherheit zu stellen ist. Die Diagnose ohne Anamnese können wir dann stellen, wenn wir neben dem Uterus einen Tumor fühlen, der tubar und von weicher Consistenz ist; die Tubenschwangerschaft bietet nie das Gefühl der Spannung dar. Drohende Ruptur-Erscheinungen, Blutungen, wehenartige Schmerzen können bestehen. Geht im 3. Monat Decidua ab, so hört die Blutung auf. Bezüglich der Therapie ist zu bemerken, dass eine Restitutio in integrum unmöglich ist, indem die Frau nie mehr eine normale Tube bekommen kann. Bei intactem Ei kommen an operativen Massnahmen in Betracht: 1) die Electrolyse; 2) die Morphiuminjectionen; 3) die Laparotomie.

Die Electrolyse bietet in hohem Grade die Gefahren der Ruptur und ist deshalb ganz zu vermeiden; die Morphiuminjectionen sind nach den 9 erfolgreichen Fällen Winckel's nützlich; durch die Laparotomie ist die Möglichkeit zur Exstirpation eines intacten Eies vorhanden. Die wichtigste Frage ist diejenige, was geschehen soll, wenn die Tubenschwangerschaft Beschwerden macht. Hieher gehört vor Allem die Ruptur und Blutung in die Abdominalhöhle. Während Küstner und Fehling angeben, dass man bei einer Blutung unbedingt operiren soll, weist Veit darauf hin, dass sich gerade im Moment, wo die Ruptur erfolgt, eine Hämatocele bilden kann; ist die Ruptur sehr klein, so kommt die Blutung zum Stillstand.

Veit formulirt seinen Standpunkt daher folgendermassen: fühlt man bei Blutungen frei in das Abdomen, bei pulslosen Patienten keinen Tumor, so ist die Operation unbedingt auszuführen; fühlt man aber bei pulslosen Patientinnen bei Blutungen in die Bauchhöhle einen Tumor, dann soll die Operation unterbleiben, da sich eine Hämatocele ausbildet, die ohne Operation zur Heilung kommen wird.

Die Diagnose des tubaren Abortus, d. h. des Todes des Eies in der Tube, ist nicht schwer; die Erscheinungen dafür bestehen meist in Ausstossung des Eies aus der Tube, doch kommt es nach dem Tode der Frucht oft genug zu Blutungen in die Bauchhöhle, wie der Tubarabort auch Ursache zu späterer Beckenperitonitis ist. Veit glaubt übrigens, dass, wenn das spontan abgestorbene Ei Anlass zu Beschwerden gibt, dies ebenso bei dem durch Morphiumeinspritzungen getödteten der Fall sein müsse.

Werth-Kiel als Referent: Intraligamentöse Schwangerschaft besteht immer bei geschlossenem Fruchtsack; behufs Stellung der Diagnose sind die Mittel, dies intrauterin zu bewerkstelligen, wie Erweitern des Uterus durch Quellmittel, Abtasten der Uterushöhle mit dem Finger u. s. f. verwerflich und von Gefahr, da Sepsis dadurch sehr leicht eintreten kann. Bezüglich der Therapie tritt Werth für die Radicaloperation (Laparotomie), wenn nur möglich, mit Einnähen des Fruchtsackes ein. Die Incision von der Scheide aus macht er nur, wenn Jauchung eingetreten ist, wenn der Foetus in Längslage liegt und die Placenta nicht im unterem Segment ihren Sitz hat. Bei vorgeschrittener Jauchung, Tympanie ist die Prognose äusserst vorsichtig zu stellen. Die durch die Lösung der Placenta entstehende Hauptgefahr einer schweren Blutung ist durch die jetzigen Erfahrungen widerlegt worden. Die Placenta wird nach der Laparotomie bei Bauchschwangerschaft einfach zurückgelassen nach vorheriger Annähung des Sackes. Nach der Entleerung wird letzterer mit Sublimat ausgewaschen und entweder per vaginam permanent drainirt oder mit Tannin- und Salicylpulver ausgestopft. Werth versenkt die Placenta, wenn mumificirt, leitet die Nabelschnur heraus und legt eine Drainage der Bauchhöhle an.

Discussion. Ziegenspeck-München empfiehlt zur Behandlung der Extrauterinschwangerschaft die Massage nach Thure Brandt, wonach er Heilung beobachtet haben will. H. Freund-Strassburg berichtet über 2 Fälle von Extrauteringravidität. Küstner-Dorpat zeigt das berühmte Dorpater Präparat einer reinen Ovarialgravidität vor. Schwarz-Halle zeigt ein von ihm operirtes Präparat von Graviditas tubo-ovarialis vor; zwischen Hydrosalpinx und Ovariencyste besteht Communication. Die Diagnose ante operationem war auf Pyosalpinx gestellt worden. Olshausen-Berlin berichtet von 2 Fällen, wo trotz bestehender Tubengravidität die Menstruation regelmässig fortbestand; daher ist das Ausbleiben derselben bei Tubarschwangerschaft als diagnostisches Kriterium nicht sicher. Sodann spricht

Frommel-Erlangen: **Ueber den Geburtsmechanismus bei Schädellagen.**

Auf dem vorletzten Gynäkologencongress stellte Olshausen die Behauptung auf, dass der Drehung des Kopfes mit dem

Hinterhaupte nach vorn regelmässig eine Rumpfdrehung vorangehe. Vortragender hat bei seinen Beobachtungen ein anderes Resultat erlangt; er hat die Erfahrung gemacht, dass der Kopf gewöhnlich vorangeht und der Rücken nachfolgt; bei Mehrgebärenden ist es gar nicht möglich, Rumpf und Kopf zusammen zu beobachten. Frommel möchte glauben, dass meistens der Fehler gemacht wird, dass man die Ursachen der Drehung auf einen Factor zurückführen will, dass jedoch vielmehr verschiedene Componenten wirksam seien, wie dies Lahs betont habe, was auch dem Vortragenden das Richtige zu sein scheine.

Discusssion. Schatz-Rostock bestätigt nach seinen Beobachtungen, dass der Kopf vorantritt, nicht der Rücken.

Hofmeier-Würzburg beobachtete ähnlichen Vorgang bei einer Ipara.

Olshausen-Berlin bleibt bei seiner Ansicht, der auch Schwarz-Halle beipflichtet.

Wiedow-Freiburg: **Ueber Beckenabscesse.**

Man hat zwischen intra- und extraperitonealen Beckenabscessen zu unterscheiden: die ersteren sitzen seitlich vom Uterus, bei den letzteren bildet den Ausgangspunkt die perivaginale Umgebung. Die Unterscheidung an der Lebenden ist sehr häufig recht schwierig. Schwieriger aber noch als die Bestimmung des anatomischen Sitzes des Tumors ist der Nachweis, ob sich Eiter darin befindet oder nicht. In allen denjenigen Fällen, wo man Eiter mit Bestimmtheit nachweisen kann, ist operatives Vorgehen nöthig, und zwar ist die Incision zu machen. Hier ist wieder zu unterscheiden zwischen Abscessen, 1) bei denen der Eiter den Weg nach der Haut oder Schleimhaut bahnt, 2) bei welchen der Eiter in der Tiefe des Beckens sitzt, und 3) fistulösen Abscessen. Bei der ersten Gattung muss incidirt werden, und ist das Anlegen einer Gegenöffnung dringend nöthig. Bei der zweiten Form kann man entweder die zweizeitige Eröffnung in Anwendung bringen, oder die Kreuzsteissbeinresection. Letztere lieferte für solche Fälle ganz besonders gute Resultate, indem der Eiter sehr leicht erreicht wurde. Bei den fistulösen Abscessen ist ausser der Gegenöffnung auch die Drainage erforderlich. Discussion:

Elischer-Budapest macht bei Beckenabscessen, die nicht operirt werden, auf die Gefahr der ausserordentlich rasch eintretenden amyloiden Degeneration der Nieren aufmerksam.

Hirschberg-Frankfurt a/M. empfiehlt unter Beschreibung zweier Fälle die Operation von der Scheide aus, welche Wiedow-Freiburg im Schlusswort, ebenso wie die Incision vom Rectum aus, unter Betonung der Gefährlichkeit dieser Eingriffe widerräth.

J. Veit-Berlin: **Zur Lehre vom Kaiserschnitt mit Demonstration.** Vortragender hat an einem ihm aus dem Berliner zoologischen Garten zur Verfügung gestellten Affen die Sectio caesarea ausgeführt und zeigt das Präparat der Heilung der Narbe des Peritoneum herum. Von einer Muskelnarbe ist Nichts zu sehen. Die Hauptsache ist die Verheilung des Peritoneum, welche bei kräftiger Naht der Musculatur immer eintritt. Bezüglich der Frage, zu welcher Zeit der Kaiserschnitt ausgeführt werden soll, gibt Veit an, dass man nie die Sectio caesarea ohne vorherige eingetretene Wehenthätigkeit machen soll, die Erweiterung des Muttermundes abzuwarten, ist unnöthig. Veit erwähnt noch, dass er bei dem am Affen gemachten Kaiserschnitt 2 Placenten vorgefunden habe.

Sänger-Leipzig erkennt den Vergleich zwischen menschlichem und Affenuterus nicht an; letzterer gleicht eher dem Hundeuterus, während dem menschlichen Uterus der des Schnabelthieres am nächsten käme. Sänger tritt nochmals für sein symperitoneales Nahtverfahren ein.

Küstner-Dorpat macht aufmerksam, dass bei fast allen Affenarten stets doppelte Placenta das Normale sei.

Leopold-Dresden tritt für das symperitoneale Nahtverfahren ein und erzählt einen Fall, wo trotz sorgfältiger Uterusnaht die Patientin in einem kürzlich operirten Falle plötzlich nach mehreren Stunden einen Bluterguss in's Abdomen bekam, der tödtlich endete. — Dann betont er ebenfalls, den richtigen Zeitpunkt zur Operation zu wählen.

Bumm-Würzburg: **Ueber Utero-Placentargefässe.**

Vortragender weist nach und demonstrirt, dass man bei einer reifen Placenta an der Oberfläche der Decidua massenhaft die mütterlichen Gefässe zu sehen vermag, sowohl die arteriellen wie venösen.

Ueber den **anatomischen Bau der Placenta** sprechen dann unter gleichzeitiger Demonstration von angefertigten Schnitten und Tafeln **Leopold**-Dresden, welcher Untersuchungen an Eiern von der 3. Woche ab vorgenommen hat, und **Hofmeier**-Würzburg, sowie **Schatz**-Rostock über **Placentae circumvallatae.** Danach folgte der Vortrag von

Bayer-Strassburg: **Ueber die Hypertrophie der Muskelfasern im graviden Uterus,** ein Beitrag zur Lehre vom untern Segment und der Placenta praevia. — Durch Vorlegung einer grossen Anzahl von Schnitten und Tafeln erbringt Baier den Beweis, dass das untere Uterinsegment mit Decidua bekleidet ist; die Stelle des festen Peritonealansatzes, welche Hofmeier und Benckiser betonen, beweist Nichts. Der Uebergang von Cervixschleimhaut in Decidua ist möglich. Die Muskelfasern der Cervix hypertrophiren in der äusseren Lage stärker als in der mittleren und inneren. Das untere Segment entsteht aus Cervix, nicht Uterus. Die Möglichkeit der Bildung eines unteren Uterinsegmentes bei Placenta praevia wird verneint. (Vergleiche auch Referat in dieser Wochenschrift 1887 Nr. 50, pag. 1000.)

Leopold-Dresden: **Ueber den Durchschnitt des Kindes bei Placenta praevia,** mit Demonstration eines Gefrierschnittes.

Das Präparat stammt von einer in Folge placenta praevia gestorbenen Patientin, welches zur Herstellung eines Gefrierschnittes benützt wurde. An letzterem ist ersichtlich, dass das Collum uteri entschieden erhalten bleibt, wie bei einer nicht schwangeren Person (3 cm lang). Der innere Muttermund ist geschlossen; das untere Uterinsegment wird beim Durchziehen des Beines, bezüglich des Kindes, sehr in die Länge gezogen, die Contraction spielt sich hauptsächlich am Fundus uteri ab (Muskelfasern $4^1/_2$ cm). Danach zeigt Leopold eine Reihe von Zeichnungen, welche die Lage des Kindes darstellen.

Discussion über die Vorträge: Olshausen-Berlin gibt zu beachten, ob bei gewöhnlichem Hochsitz der Placenta, der Fundus mehr und der Cervix weniger, und ob umgekehrt bei Placenta praevia der untere Uterustheil mehr, der obere weniger entwickelt ist.

Winckel-München fragt Leopold, ob auf den Zotten ein Endothel sich befindet; 2) wie seine Angabe, dass in der Decidua reflexa auch Drüsen sich finden sollten, zu beweisen sei. Winckel hat nie Drüsen entdecken können; er zeigt eine Zeichnung nach den Untersuchungen Kupffers zum Beweise seiner Behauptung. 3) bezweifelt er das Vorhandensein eines unteren Uterinsegmentes am Leopold'schen Präparate; dasselbe sei als Artefact anzusehen durch das Ziehen am Kinde. 4) betont er, dass sich in der Decidua cervicalis die Zellen in die Musculatur, in die supravaginale Partie der Cervix hinein entwickeln.

Küstner-Dorpat bemerkt Schatz gegenüber, dass er einfache Eihautduplicaturen beschrieben habe, aber keine Placenta marginata. Leopold gegenüber bestätigt er die Richtigkeit der Bayer'schen Angaben, welche schon durch seine Untersuchungen näher erwiesen seien.

Schatz-Rostock erwidert Küstner, dass Beides auf Eines hinauskomme.

Benckiser-Karlsruhe giebt Bayer zu bedenken, dass die Wehen den Cervix erweitern und erinnert an sein Präparat, wo am pathologisch kreissenden Uterus der Cervix trotz der sehr starken Dehnung des unteren Uterinsegmentes erhalten ist.

Leopold-Dresden, Schlusswort, erwidert Winckel, dass er demonstrirt habe, dass das Endothel die Zotten nicht überziehe. Reflexadrüsen sind bis zur 3.—4. Woche ganz sicher noch zu sehen, später nicht mehr. Gegen Artefact möchte er sich verwahren und bestreitet schliesslich die Umwandung der Cervixschleimhaut in Decidua vera.

Bayer-Strassburg widerlegt im Schlusswort die Ansichten von Benckiser und Leopold.

Ahlfeld-Marburg demonstrirt einen Beckendurchschnitt post partum. Das linke Kreuzbein war durch früher bestandene Caries fast vollständig verschwunden. —

3. Tag.

Frommel-Erlangen: **Ueber Totalexstirpation des Uterus vom Septum rectovaginale aus.**

Frommel hat auf eine Publication Zuckerkandl's hin eine Totalexstirpation des Uterus vom Septum rectovaginale aus gemacht; der Schnitt wird von einem Tuber ischii zum anderen geführt, der Damm gespalten und stumpf in die Tiefe vorgedrungen. Man kann eine breite Wunde im Douglas anlegen, der Uterus wird umgekippt und abgebunden. Frommel schickt der Operation den Anfang, wie bei der Totalexstirpation voraus. — Die Operation ist möglich, aber schwerer als die Totalexstirpation per vaginam.

Sänger-Leipzig: **Operation von Geschwülsten des Beckenbindegewebes durch Perineotomie.**

Vortragender hat das Verfahren zuerst an der Leiche versucht und zeigt Photographieen darüber vor. Er will diese Operation hauptsächlich bei Beckentumoren anwenden und beschreibt einen Fall, bei welchem es sich um eine Dermoidcyste des Beckenbindegewebes handelte. Da die Tumoren meist seitlich sitzen, so soll der Schnitt seitlich angelegt werden.

Discussion über beide Vorträge: Winckel-München hält Sänger entgegen, dass Wölfler in Graz diese von Sänger beschriebene Methode bereits beschrieben habe, was Sänger unter Begründung zurückweist.

Frommel-Erlangen macht aufmerksam, dass er nicht diese Operation unbedingt empfehlen will.

Hegar-Freiburg glaubt, dass diese Methode doch die vaginale Uterusexstirpation verdrängen würde. Er hat auf diese Weise schon vor zehn Jahren operirt. Auch empfiehlt Hegar die Totalexstirpation nach Kreuzbeinsteissbeinschnitt und berichtet über einen derartigen einschlägigen Fall, wozu **Wiedow**-Freiburg Holzschnitte demonstrirt, welche die Methode veranschaulichen. —

Im Anschluss daran hält seinen Vortrag

Münchmeyer-Dresden: »Ueber die weitere Verwerthung und die Endresultate der **Totalexstirpation des Uterus** an der kgl. Frauenklinik in Dresden«.

Discussion: Freund sen. (Strassburg) hat im Juni 1878 einen Fall von Carcinoma uteri mittels Totalexstirpation per laparotomiam operirt, welcher bis jetzt noch, also im 12. Jahre, recidivfrei ist.

Olshausen-Berlin berichtet über einen ebenfalls bis jetzt recidivfreien, 1877 operirten Fall; es fand sich ein Carcinomknoten im Cervix, weshalb die Totalexstirpation per vaginam ausgeführt wurde.

Hegar-Freiburg erzählt einen Fall, wo ein Carcinomknoten im Cervix sich fand und Veranlassung zur vaginalen Totalexstirpation wurde, trotzdem trat nach einem halben Jahre schon der Tod an Recidiv ein. Als leichteste Operation für Myome empfiehlt er immer noch die Castration, wonach er nie Psychosen gesehen hat. Die Hysterie, welche vorher bestand, ist öfters stärker aufgetreten, aber nie eine Psychose

Olshausen-Berlin erwähnt einen Fall von hochgradiger Atrophie der Scheide nach Castration.

Werth-Kiel tritt für die Möglichkeit des Auftretens von Psychosen ein.

Leopold-Dresden wendet sich gegen Hegar, dass er nie Schwierigkeiten bei Unterbindung der Ligamente gehabt habe, worauf Hegar entgegnet, dass die Unterbindung der Ligamente wegen ihrer Starrheit ihm häufig viel Mühe gekostet habe und er sie durchaus nicht für so einfach, als Leopold, halte.

Döderlein-Leipzig: **Bedeutung und Herkunft des Fruchtwassers.**

Vortragender hat zu seinen Versuchen Fruchtwasser des Rindes benutzt. Er fand, dass das Amnionwasser vom Foetus verbraucht wird und abnimmt. Die Hauptmenge rührt von den mütterlichen Gefässen her; das Fruchtwasser dient zur Ernährung des Foetus.

Schatz-Rostock ist in der Lage, die Angaben Döderlein's zu bestätigen.

Dührssen-Berlin: **Blutungen post partum.**

Zur Hemmung und Bekämpfung der Blutungen post partum empfiehlt Redner die Tamponade des Uterovaginal-Kanales. Ohlshausen, Fehling, Veit sind Gegner der Uterustamponade, während Fritsch sich jetzt derselben zugewendet hat. Dührssen verfügt im Ganzen über 57 Fälle; er hat bei Anwendung der Tamponade in allen Fällen constatirt, dass der Uterus danach sich stark zusammenzieht, ohne dann wieder zu erschlaffen. Schon nach Einführung nur eines Gazestreifens contrahirt sich der Uterus. Die Blutung kommt zum Stillstand 1) durch Contraction der Gebärmutter und 2) durch Compression ihrer Innenfläche. Die Tamponade half stets, wo andere Mittel versagten; auch bei absoluter Atonie wurde in mehreren Fällen durch dieselbe Contraction des Uterus erzielt; ebenso ist sie rationell bei Cervixrissen, Placenta praevia u. s. w. in Anwendung zu ziehen. Diese Thatsache, dass die Tamponade des Uterovaginalkanals alle Blutungen des ganzen Genitalschlauches stillt, macht das Verfahren für die Praxis ausserordentlich wichtig. Sepsis kann dabei zu Stande kommen durch Verschleppung der Keime — aus der Vagina zum Beispiel, — daher sollen sterilisirte Leinwandstreifen, bezüglich, wo es möglich ist, sterilisirte Gazestreifen benutzt werden. Erstere kann man sich stets, wenn keine Gazestreifen vorhanden sind, und überall herstellen, indem der Leinwandstreifen in kochendem Wasser gebrüht und dann abgekühlt wird. Durch Desinfection der Vagina ist die Selbstinfection von der Scheide aus zu vermeiden. Jodoformgazestreifen zieht Vortragender nur dann vor, wenn Zersetzungsvorgänge im Uterus vorhanden sind. Die Tamponade ist ferner noch bei Sectio caesarea und Uterusruptur mit Vortheil zu gebrauchen.

Discussion: Olshausen-Berlin legt vor Allem Gewicht auf die Diagnose, woher die Blutung stammt, ob aus einem Cervixriss oder durch Atonie. Verblutungen ex atonia uteri hält er für sehr selten; er spricht sich gegen diese Tamponade als irrationelles Mittel aus, denn ein contrahirendes Mittel findet er in ihr nicht. Ebenso warnt

Veit-Berlin aus gleichen Gründen vor der Tamponade.

Fehling-Basel behauptet, dass der puerperale Uterus kein Hohlraum ist, in dem durch die Tamponade ganz abnorme Verhältnisse geschaffen würden, da die Gefässe erst recht danach bluten müssten.

Dohrn-Königsberg hat mehrere Fälle nach Dührssen behandelt und kann das Verfahren nur empfehlen.

Battlehner-Karlsruhe ist gegen das Verfahren und empfiehlt die Compression von aussen, schon der Hebammen wegen.

Küstner-Dorpat hat sehr starke atonische Nachblutungen in Dorpat erlebt, wo die Leitung einer Geburt vielfach von Laien besorgt wird, und die Hebammenverhältnisse keine günstigen sind. Küstner hat die Tamponade nach Dührssen schon sehr häufig angewendet und nie dabei einen Nachtheil gesehen.

Dührssen empfiehlt (Schlusswort) nochmals sein Verfahren zu weiteren Versuchen.

Bulius-Freiburg: **Die kleincystische Degeneration des Eierstocks.**

Vortragender fand nach interessanten Untersuchungen, dass die kleincystische Degeneration der Ovarien stets ein physiologischer Vorgang ist, ist daher zu gleichem Resultat, wie Nagel, gekommen.

Kötschau-Köln: **Zur Pathogenese der Tuboovarialcysten.**

Nach kurzer Literaturangabe über diese Affection schildert Vortragender die Hypothesen über den Begriff und die Entstehung dieser Gebilde, berichtet kurz einen von ihm in seiner Klinik operirten Fall von Tuboovarialcysten und erklärt die Genese dieser Anomalie nach den Regeln der allgemeinen Pathologie auf dem Wege der Analogieschlüsse, wobei er die gekünstelten Erklärungsversuche als unmögliche zurückweist.

Schatz-Rostock: **Anregung und Regelung der Wehenthätigkeit durch Secale.**

Vortragender liess sich ein Fluidextract herstellen und fand bei dessen Gabe: 1) dass die Wehe, welche durch Secale erzeugt wird, ganz die Form einer normalen hat und 2) dass Secale niemals eine Erhöhung der Wehe erzeugen, höchstens die Frequenz derselben vermehren kann. Wird sie daher dadurch zu häufig, so wird sie auch niedriger, dashalb ist bei unrichtiger Anwendung von Secale häufige Gefahr beobachtet worden. Secale wirkt eine Stunde nach der internen Darreichung; die Wirkung einer Dosis kann man erst nach der 2. halben Stunde nach der Gabe bestimmen, daher muss man dasselbe stündlich darreichen und nicht zu hoch. Bei einem Falle, wo von Abends 10 Uhr ab stündlich 12 Tropfen gegeben wurden zur Anregung der Wehenthätigkeit, erfolgte am andern Morgen früh 9 Uhr die Geburt. Schatz berichtet von 2 Fällen, wo der Foetus seit Monaten todt war; es wurden stündlich 12 Tropfen Fluidextract von Secale gegeben, die Zahl der Wehen $^1/_2$ stündlich aufgezeichnet; die Wirkung zeigte sich einen Tag nach Beginn. Im 2. Falle hörte die Wehenthätigkeit nach 12 Stunden auf und zwar mehrere Tage lang trotz Erhöhung auf 20 Tropfen; bei einer Gabe von 30 Tropfen (pro dosi) trat sie wieder ein, hörte aber wieder auf, obwohl bis zu 40 Tropfen pro dosi gestiegen wurde. Es kann also durchaus nicht immer durch Secale die Geburt eingeleitet werden, wohl aber kann irreguläre Wehenthätigkeit geregelt werden. Vortragender stellt deshalb folgende Sätze auf: 1) man muss bei Anwendung von Secale durch zuverlässige Personen die Wehen zählen lassen; 2) die Gabe soll nicht häufiger, als stündlich sein, dabei ist die Zahl in der 2. halben Stunde massgebend; 3) man darf nie eine Kräftigung der Wehe erwarten, aber vermehrte Häufigkeit. — Die subcutane Anwendung von Secale ist unpraktisch.

Küstner-Dorpat berichtet kurz über **Cornutin** (worüber sein Assistent Thomsen im Centralblatt f. Gynäkologie 1889, Nr. 11 Eingehenderes mitgetheilt hat). Das Mittel ist bei Wehenschwäche während der Geburt nicht anzuwenden, wirksam ist es besonders bei atonischen Nachblutungen, bei Metro- und Menorrhagieen durch Endometritis u. s. f.

Kehrer-Heidelberg: Bericht über einen von ihm operirten und geheilten Fall von **Scheidenureterenfistel**, welche nach der Operation eines Fibroms entstanden war.

Skutsch-Jena: Beitrag zur **operativen Therapie der Tubarerkrankungen.**

Vortragender berichtet von einem Falle, wo er wegen Menstruationskolik in Folge Hydrosalpinx die Bauchhöhle eröffnete, die seröse Flüssigkeit mittels Pravaz'scher Spritze aus dem Tumor entleerte, nach Martin eine partielle Resection des erkrankten Tubentheils vornahm und das gesunde Tubenende mit Nähten umsäumte. Patientin ist seit $^3/_4$ Jahren ohne Beschwerden; Vortragender empfiehlt dies Verfahren.

Battlehner-Karlsruhe: **Wie hat sich die Hebamme während der Nachgebürtszeit zu verhalten.**

Die Ausspülungen sollen mit Essigsäure vorgenommen werden, welche bacterienvernichtend in der Tiefe der Gewebe noch wirkt. Creolin verwirft Battlehner wegen seiner ätzenden Wirkung.

Küstner-Dorpat: **Ueber die Ventrofixation des retroflectirten Uterus.**

Die Ventrofixation will Küstner nur bei adhärenten Retroflexionen machen; die Trennung des Uterus soll, im Gegensatz zu Klotz und Olshausen, auf stumpfem Wege geschehen. Bei allen Methoden bilden sich trockene Perimetritiden aus nach der Operation; zu deren Vermeidung soll man unblutig operiren; er trennt die Adhäsionen mit dem Paquelin. Zum Aufsuchen solch dunkler Gebilde ist künstliche Beleuchtung erwünscht. Küstner fand in allen Fällen stets stangenförmige Adhäsionen, breite nur bei eitrigen Processen in den Tuben oder den Ovarien. Wenn der Uterus frei gemacht ist, soll die Behandlung typisch zu Ende geführt werden; die Bedenken, dass man den Uterus, wenn er frei gemacht wurde, noch orthopädisch behandeln müsse, wie Schultze meint, theilt Küstner nicht. Vortragender sah nach der Ventrofixation bei eintretender Gravidität Abortus eintreten; unter 46 klinisch behandelten Retroflexionen befanden sich 19 adhärente. Bevor man zur Laparotomie schreitet, soll eine ausgiebige Anwendung des Schultze'schen Verfahrens zur Lösung der Adhäsionen vorhergegangen sein, sonst ist die Indication und Diagnose sehr defect.

Discussion. Frommel-Erlangen hält die Ventrofixation für einen durchaus unberechtigten Eingriff, welcher Nichts vor der Alexander Adams'schen Operation voraus hat, da man aus einer pathologischen Lage nur eine andere pathologische schafft.

Sänger hat die Ventrofixation 7 mal nach vorausgeschickter Castration ausgeführt, in 5 Fällen reine Ventrofixation. Bei einem Falle trat danach Gravidität ein, welche mit grossen Beschwerden verknüpft war.

Veit-Berlin will einen Unterschied aufgestellt wissen, wo die Castration gemacht werden muss und wo nicht.

Leopold-Dresden tritt für die Berechtigung der Ventrofixation entschieden ein.

Skutsch-Jena tritt für das Schultze'sche Verfahren ein, ebenso Ziegenspeck-München und weist auf seine Arbeit »über normale und pathologische Anheftungen der Gebärmutter und ihre Beziehungen zu deren wichtigsten Lageveränderungen« hin. —

Hegar als Vorsitzender schliesst den Congress; Olshausen spricht ihm im Namen Aller für seine Mühewaltungen besten Dank aus, welchen die Anwesenden durch Erheben von den Sitzen und durch ein dreimaliges Hoch bekunden.

Verein Deutscher Irrenärzte.

Jahressitzung am 12. und 13. Juni 1889 zu Jena.

(Originalbericht.)

(Schluss.)

Prof. **Fromann**-Jena: **Ueber einige Structurverhältnisse der Nervenzellen und Nervenfasern.**

Vortragender bespricht die neuesten Untersuchungsergebnisse über die Structurverhältnisse der Nervenzellen und Nervenfasern, speciell die von den übrigen Autoren abweichende Ansicht Leydig's, dass an den Leitungsvorgängen nicht die geformten Teile des Achsencylinders (Fibrillen oder Gerüstsubstanz), sondern ausschliesslich die ungeformte, hyaline Zwischensubstanz, das Hyaloplasma, betheiligt sei. Der Nachweis, dass das letztere auch die zwischen oder in Zellen endenden feinsten Achsenfibrillen begleitet, ist bisher nicht erbracht worden. Nimmt man dagegen an, dass die Leitung in eben diesen Achsenfibrillen erfolgt, so muss man in den Nervenzellen eine an diesen Vorgängen nicht betheiligte Gerüstsubstanz und leitende fibrilläre Formelemente unterscheiden. Diese aber kommen, wie Vortragender schon im Jahre 1867 gefunden und kürzlich am Ganglion stellatum des Tintenfisches (Eledone) von Neuem gesehen hat, als Verbindungen nicht nur der Ganglienzellen untereinander, sondern auch dieser mit den Bindesubstanzzellen einer- und den Capillarwandungen andererseits vor und verbinden sich in den Gewebslücken der grauen Substanz zu einem feinen Fadensystem. — Gegen die Annahme, dass die Gerüst- oder Maschensubstanz in ihrer ganzen Ausdehnung in den Zellen wie in der grauen Substanz an den Leitungsvorgängen betheiligt sei, spricht auch der Umstand, dass in Präparaten von gewissen Fischen sich an Gerüsttheilen der grauen Substanz und der Ganglienzellen Um-, Rück- und Neubildungsvorgänge wahrnehmen lassen, die sich in continuirlichem Wechsel und in ganz analoger Weise vollziehen, wie z. B. an Blutkörpern von Wirbellosen, an Leukocythen und anderen Objecten.

2. Tag: 13. Juni Vormittags $9^1/_4$ Uhr.

Prof. **Grashey**-München: **Ueber die Schrift Geisteskranker.**

Vortragender giebt eine einfache Methode zur exacten Untersuchung der Schrift an, welche sowohl die zur Darstellung von Worten und Wortcomplexen nöthige Zeitdauer als auch die der einzelnen Zeile zu berechnen gestattet. Sein Apparat besteht aus drei aufeinander zu befestigenden Holzrahmen. Zwischen dem ersten und zweiten liegt ein Papierstreifen, der mit einer con-

stanten (eventuell durch ein Uhrwerk zu regulirenden) Geschwindigkeit vorbeigezogen wird. Zwischen dem zweiten und dem dritten (obersten) liegt erstens ein Blatt blaues Durchpauspapier und auf diesem ein Bogen Schreibpapier. Auf diesem erhält man die gewöhnliche, auf dem unteren Papierstreifen die zeitlich verschobene Schrift.

Von den Resultaten, die Vortragender bei seinen Untersuchungen mit diesem Apparat erhalten, sei hier nur erwähnt, dass die noch gute Schrift beginnender Paralytiker in Folge der Abnahme ihrer Fingergeschwindigkeit eine Menge von Pausen, im weiteren Verlauf aber eine auffallende Verlangsamung erkennen lässt, und dass, wie zu erwarten war, Maniaci ausserordentlich schnell schreiben.

Prof. **Binswanger**-Jena: **Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese des epileptischen Anfalles.** III. Mittheilung. Reizversuche an subkortikalen Centren des Hundes, zugleich ein Beitrag zur Physiologie desselben.

Vortragender hat die Reizversuche, welche er früher an Kaninchen anstellte (und im Archiv für Psychiatrie in Bd. XIX veröffentlichte) jetzt auch bei Hunden gemacht, aber mit anderem Erfolge. Denn hier gelang es ihm niemals, von der Brücke oder Medulla obl. durch Reizung oder Durchschneidung Krämpfe zu erzeugen. Er erhält bei elektrischen Reizen tonische, tetanische Spannungen und zwar immer gleichseitig mit der gereizten Seite der Rautengrube. Sie überdauerte die Reizdauer im allgemeinen nicht. Je mehr man vorn seitlich in die Gegend des Locus caeruleus kam, desto eher konnte man die tetanische Spannung erwarten. Vortragender schliesst daraus, dass man nicht — wie Nothnagel will — bei kortikaler Reizung eine Art von Fernwirkung auf die Brücke annehmen und den epileptischen Anfall nicht auf Veränderungen in der Medulla oblongata zurückführen kann.

Irgend welche Schlüsse auf den Menschen macht er nicht.

Prof. **Kraepelin**-Dorpat: **Ueber psychische Functionsstörungen.**

Vortragender hat sich zur Aufgabe gemacht, für gewisse psychische Functionsstörungen einen zahlenmässigen Ausdruck zu eruiren. Während man Gefühl, Charakter nicht in dieser Weise analysiren kann, hat man in der in einer gewissen Zeit geleisteten Arbeit oder dem Ablauf der Geschwindigkeit geistiger Functionen ein Maass für die intellectuellen Fähigkeiten. Vortragender empfiehlt also, Reihen von gleichartigen psychischen Vorgängen zu messen, z. B. die Geschwindigkeit des Lesens, Schreibens, Rechnens, des Auswendiglernens von Zahlenreihen u. s. w. Vortragender hat eine Menge von Versuchen gemacht, indem er auf die angegebene Weise viele Personen beschäftigte und sie zu gewissen Zeiten (alle 5 Minuten) Zeichen machen liess. So konnte er die in gewissen Intervallen geleistete Arbeit zahlenmässig darstellen. Es zeigte sich bald nach dem Beginn eine Steigerung der Thätigkeit, die jedenfalls auf Uebung zurückzuführen war, dann aber eine allmähliche Abnahme, die man der Ermüdung zuschreiben muss. Auch die Wirkung der momentanen Disposition, ablenkender Einflüsse, gewisser Genussmittel (Thee, Alcohol) konnte so genau studirt und zahlenmässig dargestellt werden.

Dr. **Werner**-Roda: **Ueber die psychiatrische Nomenclatur »Verrücktheit« und »Wahnsinn«.**

Vortragender will die deutschen Ausdrücke Verrücktheit und Wahnsinn aus der psychiatrischen Nomenclatur gestrichen und dafür das Wort »Paranoia« eingeführt wissen. Er unterscheidet 1) die acute primäre (hypochondrische, hysterische, originäre), 2) die chronische, 3) die acut hallucinatorische, 4) die chronisch hallucinatorische, 5) die secundäre Paranoia.

In der Discussion sprechen Prof. Kirn-Freiburg und Kräpelin für die Beibehaltung beider Namen, dieser wegen der ganz verschiedenen Prognose der in Betracht kommenden Krankheiten, jener zur Unterscheidung der primären und secundären Formen. Mendel will den Namen Paranoia eingeführt wissen, Prof. Wernicke-Breslau erklärt diese Frage, wie überhaupt die der Eintheilung der Psychosen, noch nicht für spruchreif.

Nach Schluss der Sitzung wurden die zwei statutenmässig austretenden Vorstandsmitglieder HH. Westphal und Pelmann wiedergewählt.

Es folgte ein Besuch der Zeiss'schen Fabrik und dann ein Rundgang durch die psychiatrische Klinik. An den Nachmittagen wurden gemeinschaftliche Ausflüge in die herrliche Umgebung Jena's unternommen. H—g.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Juni 1889.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr Klemperer Präparate eines seltenen Falles von Magenstenose.

Herr **Jastrowitz: Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit.**

Die Indicatio morbi erfordert eine Kenntniss des normalen Mechanismus des Schlafes, die uns noch fehlt.

Die häufige Definition des Schlafes als einer Ausserthätigkeitssetzung derjenigen Hirntheile, welche den mit Bewusstsein gepaarten willkürlichen Bewegungen vorstehen, ist gar keine Erklärung, sondern nur eine Definition, die therapeutisch nicht weiterbringt. Man denkt sich, dass die Nervensubstanz nicht ruhelos arbeiten kann, sondern der Erholung bedarf. Es giebt aber sehr wichtige Nervencentra (die der Circulation und Respiration u. s. w.), welche ohne Pause arbeiten.

Eine andere Theorie basirt darauf, dass Hyperaemie und Anaemie des Gehirns einen schlafähnlichen Zustand erzeugen. Jetzt haben sich die besten Beobachter dahin geeinigt, dass während des Schlafes Anaemie besteht. Ob diese aber Ursache oder Folge des Schlafes ist, das steht noch dahin. Dagegen scheint zu sprechen, dass man im Allgemeinen wagerecht liegend den Schlaf sucht; jedoch ist dies andererseits diejenige Lage, in welcher die Muskeln auf breitester Grundlage erschlafft sind, so dass sich die Blutvertheilung von Grund aus ändert, und wohl Anaemie des Gehirns eintreten kann. Jedenfalls bestehen hier sehr complicirte Beziehungen.

Fürbringer hat festgestellt, dass beim Einschlafen die Temperatur von Kindern im Rectum zwar sinkt, aber im Ohr steigt, und zwar um 0,6—0,8 – 0,2° C., was auch wieder gegen Anaemie spricht.

Um Gehirnanaemie zu erzeugen, sind als schlafmachende Mittel warme Bäder, Senfbäder, Einwickelungen empfohlen worden und nicht ohne Erfolge Bäder, besonders bei empfindlichen Menschen, Kindern, während bei Schwerkranken die kalten Einwicklungen sich besser bewähren, die ja auch nach Schüller auf die Hirngefässe verengernd wirken.

Eine andere Theorie basirt auf einem Analogieschluss zu den Ranke'schen Beobachtungen, dass im arbeitenden Muskel ermüdende Stoffe sich aufhäufen, nach deren Entfernung durch einen Kochsalzstrom der Muskel wieder arbeitsfähig wird. Preyer nahm als den ermüdenden Stoff der Nervensubstanz das Natronlactat an, und darauf basirt die Empfehlung der Milchsäure als Schlafmittel, was sich aber nicht wesentlich bewährt hat, weil es Dyspepsien macht und nicht sicher wirkt. Trotzdem scheint es eine gewisse Rolle zu spielen, wenn auch die Schlaflosigkeit durch Uebermüdung auf diese Weise nur gezwungen erklärt wird, aber es ist nicht ausgeschlossen, dass die günstige Wirkung von Milchcuren, von Körperanstrengung u. s. w. damit zusammenhängt.

Bei der Indicatio causalis müssen wir unterscheiden die directe und die indirecte. Zu den ersteren gehören grobanatomische Hirnleiden, Abscesse, Geschwülste u. s. w., ferner Atrophie, Paralyse, Geistes- und Gemüthskrankheiten, ferner diejenigen Hirnleiden, welche sich bei sonst gesunden Leuten durch Ueberanstrengung und Affecte entwickeln.

Die Entfernung der Arbeit und der Affecte wirkt bei diesen letzteren durchaus nicht immer als Heilmittel, weil die Krankheit sich schon von ihrer Ursache unabhängig gemacht haben kann. Es ist nicht sosehr die Quantität der Arbeit, welche zu den Störungen führt, als Arbeit im Affect, Arbeit, welche

in bestimmter Zeit fertig zu stellen der Ehrgeiz fordert, so vor Allem die Nachtwachen am Krankenbett eines geliebten Menschen. Zu der Insomnie gesellen sich hier oft Paraesthesien, Dysaesthesien, Neuralgien verschiedener Art.

Diese Zustände bilden den Uebergang zu den Insomnien bei Hypochondrie, Melancholie mit Zwangsvorstellung u. s. w., wo vielleicht eine mangelhafte Innervation der Gehirngefässe die physio-pathologische Basis bildet.

Von Affecten sind es weniger die passiven (Furcht) als die activen Affecte (Rachsucht, Gewissensbisse), welche Insomnie erzeugen. Hier sind Reisen als Therapie zu empfehlen. Weniger bei Ueberanstrengung, wo die häusliche Pflege den Anfang zu machen hat, fern von aller Arbeit, und wo erst in späteren Stadien eine Luft- oder Kaltwassercur im Mittelgebirge einzuleiten ist. Hochgebirge ist weniger, Seeklima am wenigsten empfehlenswerth, das letzte erst ganz zu Ende, um die eingeleitete Genesung zu befestigen. Die Weir-Mitchellcur ist, rationell angewandt, hier sehr wirksam, besonders in ihrer originellen Idee, Ruhe mit passiven Bewegungen. Auch die Elektricität, entweder local auf neuralgische oder paraesthetische Stellen oder allgemein angewandt, ist zu versuchen. Von Phenacetin hat J. hier einige schöne Erfolge gesehen. Morphium ist nur mit grösster Vorsicht zu gebrauchen, weil solche Patienten zum Morphinismus neigen.

Von indirecter Ursache ist zu denken an Missbrauch von Tabak, Kaffee, Thee, an chronische Arsenvergiftung durch gefärbte Tapeten und andere Gifte. Die Insomnie in fieberhaften Krankheiten weicht häufig der Anwendung von Antipyreticis.

Bromkali und Chinin sollen durch Verengerung der Gehirngefässe Anämie erzeugen. Etwas wahres muss daran sein, weil die Mittel bei Blutwallungen in der Menopause oft viel leisten.

Insomnie ist ein nicht seltenes Symptom der Syphilis in verschiedenen Stadien (Siegmund), worauf also zu achten ist, kann ferner Tabes und Paralyse einleiten. Die Schlaflosigkeit bei Diabetes kann durch Hunger- und Durstgefühl ebenso bedingt sein, wie durch den Harndrang und durch Neuralgien; auch durch die Atheromatose, welche die diabetische Gangrän einleitet. Ferner kann sie ein Frühsymptom des Morbus Brightii, das erste Symptom chronischer Anämie sein, zu welchem sich erst spät Krämpfe und Kopfschmerzen gesellen.

Indicatio symptomatica. Wir haben zu unterscheiden, ob wir einen acuten oder chronischen Fall von Insomnie vor uns haben, ehe wir eines der uns glücklicherweise zahlreich zur Verfügung stehenden Mittel anwenden. Denn das bei acuter Schlaflosigkeit zu gebrauchende Mittel muss prompt wirken, es muss aber auch ungefährlich sein, d. h. es darf in kleinen Dosen keine Nebenerscheinungen schwerer Art haben, wie sie z. B. Hyoscin und Hyoscyamin leicht erzeugen. Ferner dürfen sie die Herzkraft nicht schwächen, den Blutdruck nicht herabsetzen.

Bei chronischer Insomnie dürfen die Mittel auch bei fortgesetztem Gebrauch keine Schädlichkeiten äussern (wenn sie auch nicht so prompt zu wirken brauchen) und sie dürfen das Krankheitsbild in Affectionen, welche sonst einen typischen Anlauf haben, nicht verwischen.

Klagt Jemand über Schlaflosigkeit, so solle man ihm nicht auf's Wort glauben; viele Menschen haben genug Schlaf, wenn sie auch früh erwachen oder spät einschlafen. Um den Schlaf zu erzeugen, verdunkle man das Zimmer, halte alle Geräusche fern, sorge für eine Temperatur zwischen 10 und 15° R. u. s. w. Viele Leute können nicht schlafen, wenn sie locale Abkühlung haben. Grogh oder heisse Steine befördern oft bei kalten Füssen den Schlaf, eine Nachtmütze hat schon manchem Glatzkopf den verlornen Schlaf wiedergegeben. Eintönige Geräusche sanfter Natur befördern meist das Einschlafen, plötzliche laute Geräusche erwecken dagegen eher als irgend etwas anderes. Ferne eintönige Geräusche wirken entschieden hypnotisirend, wie der Braidismus durch Starren auf einen bestimmten Punkt; so ist z. B. das Anstarren der Nasenspitze ein ganz gutes Schlafmittel und ebenso durch Suggestion wirken viele Volksmittel: Aqua florum Aurantiorum, kalte Bouillon u. s. w.

(Fortsetzung in nächster Sitzung.)

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 18. Juni 1889.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Mennig zeigt einen ca. 20jährigen Mann, dem er vor einem Jahr das Sternum resecirt hat. Patient hatte einen käsigen Abscess am unteren Ende des Brustbeines. Die am 6. Juli 1888 gemachte Operation bestand in einer Resection des ganzen Corpus sterni; Manubrium und Proc. xiphoides konnten zurückgelassen werden. Einige Ausschabungen mussten später noch gemacht werden. Jetzt ist Patient ganz geheilt, trägt eine tief eingezogene Narbe in der unteren Sternalgegend und zeigt reichliche feste (knöcherne?) Neubildung in der Gegend des resecirten Knochens.

2) Herr Alsberg demonstrirt a) das Präparat einer Frau mit Oesophaguscarcinom, an der Alsberg vor 1½ Jahren die Resectio oesophagi gemacht hatte. Recidive traten bald auf, doch hat Patientin die Operation um volle 18 Monate überlebt.

b) ein durch Laparotomie entferntes Uterusmyom, dessen Sitz das Collum uteri war. Die Entfernung geschah nach Spaltung des Peritoneums auf stumpfem Wege.

II. Herr **Nonne: Ueber Hypnotismus,** mit Demonstrationen.

Nachdem Vortragender die verschiedenen Theorien über das Wesen der Hypnose skizzirt hat, bespricht er die verschiedenen Methoden zur Erzeugung der Hypnose. Er giebt, gegenüber den physikalischen, der psychischen Methode den Vorzug; an geeigneten Individuen demonstrirt er dann die jetzt allgemein verbreitete Methode des Hypnotisirens, die sogenannte combinirte Methode. Er geht dann näher ein auf die drei von Charcot aufgestellten Stadien, zeigt die Katalepsie, Lethargie und den Somnambulismus an mehren Patienten. Sodann erwähnt er die 6 Stadien Liébault's und die 9 Stadien Bernheim's, charakterisirt den Standpunkt der Schule von Nancy gegenüber der Schule der Salpêtrière und hebt den Grund dieser Meinungsdifferenzen hervor, der darin läge, dass die Einen nur an Hysterischen, die Anderen an Nichthysterischen operirt hätten. Dass Charcot neuerdings einzulenken scheint, erwähnt Vortragender. Er berichtet sodann über das, was er auf den Krankenabtheilungen von Forel in Zürich, von Bernheim in Nancy und Charcot in der Salpêtrière zu Paris gesehen hat. Die eigenen Untersuchungen des Vortragenden beziehen sich auf 130 nicht hysterische, mit Ausnahme von 4 Individuen, nicht neuropathisch belastete Personen, 50 Männer, 50 Frauen und Mädchen, 30 Kinder. Das Material entstammte verschiedenen Krankenhäusern Hamburgs, es wurde nur in Gegenwart eines oder mehrerer Aerzte experimentirt, bei sämmtlichen Personen wurde nur eine einmalige Sitzung vorgenommen. Von 50 Männern waren nur 4 ganz refractär, 16 konnten zum Somnambulismus gebracht werden. Von den 50 Frauen waren 8 refractär, 12 somnambul, von den 30 Kindern waren 4 refractär und die anderen fast durchweg gut suggestibel. Bei sämmtlichen zum Somnambulismus disponirten Individuen ergab die Untersuchung auf objective Symptome von Hysterie ein negatives Resultat. Vortragender hebt hervor, dass die Disposition zur Hypnose eine sehr verbreitete ist, dass seine Erfahrungen im Wesentlichen übereinstimmen mit den von Forel, van Renterghem und Wetterstrand aufgestellten Statistiken. Die Disposition zur Hypnose fand Nonne besonders gut bei Leuten mittlerer geistiger Capacität, die an einen gewissen passiven Gehorsam theils durch ihren Charakter, theils durch ihren Beruf gewöhnt waren; das geeignetste Material lieferten die Seeleute im Seemannskrankenhaus.

Nonne bespricht dann an der Hand seines Materiales das Verhalten der Motilität, der Sensibilität, der sensorischen Functionen, des Gedächtnisses in der Hypnose, des Verhaltens der posthypnotischen Zustände und Handlungen, Alles an verschiedenen Personen demonstrirend. Den Schlüssel zu Allem sieht auch er im Anschluss an die Nancyer Forscher in der Sugge-

stion. Nachdem Nonne die Frage nach den Gefahren der Hypnose und das Thema der Simulation besprochen, geht er auf das Capitel der Suggestionstherapie über. Nonne berichtet über die Fälle, die er bei Dr. Brunner in Winterthur gesehen hat und erwähnt dann die eigenen Fälle, die er zu behandeln Gelegenheit gehabt hat. Erfolge und Misserfolge hielten sich ungefähr die Wagschaale. Vortragender stellt zunächst einen Fall wieder vor, den er vor $1^1/_2$ Jahren bereits in der Gesellschaft als durch die Suggestivtherapie mit Erfolg behandelt gezeigt hat, einen Schriftsetzer, der 5 Jahre lang an einer Monoplegia brachialis und die letzten $^3/_4$ Jahre an einer Paraplegie der Beine gelitten hatte. (Ausführliche Publication siehe Neurol. Centralblatt 1888 Nr. 7 u. 8.) Patient ist seitdem durchaus gesund geblieben und ohne Unterbrechung arbeitsfähig gewesen, nur liess sich eine Sensibilitätsstörung oberhalb des rechten Handgelenkes, die bei der Vorstellung vor $1^1/_2$ Jahren noch als letztes Residuum bestand, auch jetzt noch nachweisen. Sodann theilt Vortragender einen Fall mit, der einen 19jährigen Gefangenen im Hamburger Staatsgefängniss betrifft. Derselbe war im Anschluss an eine partielle Neuritis des Plex. brachial. sinist., die zu einer Lähmung des M. deltoides geführt hatte, an einer Paralyse der ganzen linken oberen Extremität erkrankt. Die Vertheilung der Sensibilitätsstörung, die diese Extremität in toto, einschliesslich des Schultergürtels sowie die linke untere Extremität in toto betraf, sowie das völlig normale Verhalten der elektrischen Erregbarkeit — nur der M. deltoides zeigte schwere Entartungsreaction — liess die Diagnose auf eine hysterische Erkrankung stellen. Nach drei hypnotischen Sitzungen mit zweckentsprechenden Suggestionen war die Motilität und Sensibilität der oberen Extremität, deren Störung circa 5 Monate gedauert hatte, zur Norm zurückgeführt. Patient ist seit circa 3 Monaten geheilt. In einem anderen Falle hatte ein 14jähriges Mädchen circa $^1/_4$ Jahr an schwerer Gehstörung, die einen hysterischen Charakter trug, gelitten; eine allgemeine Analgesie konnte auch von dem behandelnden Arzte nachgewiesen werden. Am Abend des Tages, an dem die Suggestion in der Hypnose vorgenommen war, konnte Patientin normal gehen und ist seitdem — 4 Wochen — nicht recidiv geworden. In einem Falle von Chorea des einen Armes hatte Nonne Erfolg, in einem anderen Falle einen Misserfolg; in einem Falle von Enuresis noct. einen theilweisen Erfolg; bei einem Falle von nervöser Schlaflosigkeit einen Erfolg, bei einem Falle von Tic convulsif einen vorübergehenden, bei einem Falle von nervösen Kopfschmerzen dauernden Erfolg zu verzeichnen.

Zum Schluss giebt Vortragender noch einen kurzen Ausblick auf die eventuelle criminelle Bedeutung des Hypnotismus und demonstrirt einige posthypnotische criminelle Handlungen.

Jaffé.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 2. Mai 1889.

Vorsitzender: Herr Dr. Gottlieb Merkel.

1) Herr Dr. **von Forster** stellt zwei Patienten vor: a) einen Fall von Iriscolobom durch doppelseitige excentrische Lage der Linse und Verlagerung der Pupillen nach oben und aussen; b) einen Fall von fettiger Degeneration der Hornhautfibrillen.

2) Herr Dr. **W. Beckh** stellt einen 45jährigen Mann vor mit **Ichthyosis congenita nitida** des ganzen Körpers einschliesslich des Gesichtes, die an einzelnen Stellen, wie an den Streckseiten der Arme und Beine, sich als höherer Grad von Ichthyosis (serpentina, scutellata) charakterisirt. Die Haut zeigte besonders am Rumpf und den Schenkelaussenflächen einen deutlichen blauen, schuppenglänzenden Schimmer. Patient weiss von seinen Angehörigen, dass bereits im 2. Lebensjahre die Hauterkrankung eine sehr in die Augen fallende war. Auch sein Vater litt an derselben Krankheit; Therapia nulla; nur sind die zeitweilig auftretenden Kratzekzeme, welche durch den in der ungleichen schuppigen Haut leichter und fester anhaftenden Schmutz hervorgerufen werden, energisch zu bekämpfen und zu beseitigen.

3) Herr Dr. **Epstein: Ueber die Anwendung des Arsen bei Hautkrankheiten.** (Der Vortrag erscheint in dieser Wochenschrift.)

4) Herr Dr. **G. Merkel** berichtet über einen Fall von **acuter Endocarditis** an allen Klappen des Herzens bei einer jungen Frauensperson, welche an einer angeborenen Enge der Aorta gelitten hat und unter schweren Allgemeinerscheinungen im Krankenhause verstarb. Die Weite der Aorta über den Klappen wie im Bogen und in der Descendens überschritt $4^1/_2$ cm Ringumfang nicht. Der Vortragende erblickt in dieser Beschaffenheit der Aorta die Ursache der verbreiteten Endocarditis der sämmtlichen Klappen.

Derselbe demonstrirt eine phthisische Lunge, in welcher sich ein eine kleine bronchektatische Höhle vollkommen ausfüllendes kirschgrosses Aneurysma eines rabenkieldicken Astes der Pulmonalarterie vorfindet, das durch Berstung zu tödtlicher Blutung geführt hatte.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Psoriasisbehandlung mit Jodkalium.) Nach den Erfahrungen der Syph. Klinik in Amsterdam äussert das Jodkalium einen unbestreitbar günstigen Einfluss besonders auf frische Fälle von Psoriasis. Es wurden dort nach Gutteling (Tijdschr. v. Geneesk.) gewöhnlich 10—20 g pro die verbraucht; die höchste Tagesdosis betrug 57 g. Von 22 behandelten Fällen wurden 5 vollständig geheilt; bei 5 wurde wegen heftiger Joderscheinungen die Behandlung unterbrochen; alle übrigen wurden bedeutend gebessert. Die kürzeste Behandlungsdauer betrug in den 5 geheilten Fällen etwas mehr als 14 Tage, die längste $4^1/_2$ Monat. Die grösste Gesammtmenge des verbrauchten Jodkaliums bei einem Kranken betrug 3684 g.

(Tinct. Simulo) wurde bekanntlich im vorigen Jahre von England aus als Mittel gegen Epilepsie empfohlen; Eulenburg prüfte das Mittel auf seine diesbezügliche Wirksamkeit und fand, dass dasselbe, wenn auch nicht ganz wirkungslos, doch den Brompräparaten weit nachstehe. Neue Versuche mit Simulo werden von Allen Starr in New-York (Med. Rec., 11. Mai) veröffentlicht, deren Resultate mit denen Eulenburg's ziemlich übereinstimmen; es soll die Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle von Grandmal günstig beeinflussen, wenn auch nicht in dem Grade wie Brom; gegen Hysterie und Hystero-Epilepsie soll es ganz wirkungslos sein. Es kann also angewendet werden, wo Brom ausgesetzt werden muss.

(Zur Suspensionsbehandlung der Tabes.) Die von Eulenburg und Mendel an 40 Kranken erzielten Resultate sind bereits in Nr. 22, pag. 385 d. W. kurz mitgetheilt. Dieselben wurden unterdessen im Neurol. Centralbl. Nr. 11 ausführlicher veröffentlicht, wobei die Verfasser unter Vorbehalt eines definitiven Gesammturtheiles zu folgendem Schlusse kommen: »Soviel lässt sich wohl schon jetzt mit einiger Sicherheit aussprechen, dass die Methode weder als ganz werthlos zu betrachten ist, noch auch andererseits geeignet ist, sehr weitgehende Erwartungen, wie sie anfangs auf Grund der erst erschienenen Mittheilungen vielfach gehegt werden mochten, nachhaltig zu befriedigen. Sie mag speciell in der »Therapie« (sit venia verbo!) der Tabes dorsalis vielleicht ihren Platz neben anderen üblichen Heilverfahren, den Thermal- und Soolbädern, der Hydrotherapie, Elektrotherapie etc. behaupten; einen durchgreifenden Vorzug vor diesen Methoden wird man ihr schwerlich zu vindiciren in der Lage sein. Unter unseren Tabeskranken waren und sind doch nicht wenige, welche sich bei der elektrischen Behandlung im Allgemeinen besser zu befinden glaubten, als bei der Suspension, und mit grosser Befriedigung wieder zu jener zeitweise unterbrochenen Behandlungsweise zurückkehrten.« Dass der »psychische Factor« bei den beobachteten symptomatischen Besserungen eine Rolle gespielt habe, halten die Verfasser für ausgeschlossen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 25. Juni. In der letzten Sitzung des ärztlichen Bezirksvereins München wurden zu Delegirten zur oberbayerischen Aerztekammer Medicinalrath Dr. Aub und Dr. Schnizlein wieder- und, an Stelle des eine Wiederwahl ablehnenden Centralimpfarztes Dr. L. Stumpf, Oberarzt Dr. Brunner neu gewählt.

— Der Ausschuss der Commission für die Abänderung der Pharmakopöe schlug die Aufnahme von 99 neueren Artikeln in der Pharmakopöe vor, deren völlig neue Ausgabe durch die Commission im künftigen October erfolgen soll.

— Durch Entschliessung der k. b. Generaldirection der Zölle und indirecten Steuern ist der zur Beheizung von Inhalations- und Dampfsprühapparaten, sowie zum Erwärmen von Breiumschlägen in städtischen Krankenhäusern und ähnlichen Anstalten in Verwendung kommende nicht denaturirte Spiritus nunmehr steuerfrei.

— Das preussische Cultusministerium hat bestimmt, dass das Collegienhonorar der Studirenden vom 1. October ab entweder voll bezahlt oder gänzlich erlassen werden soll; eine Stundung wird nicht mehr gewährt. Universitätsstipendien dürfen von dem genannten Termin an im Wintersemester nicht unter 300, im Sommersemester nicht unter 250 M. betragen.

— Das zu Beginn ds. Mts. in Nürnberg errichtete erste Volksschulbad wird von den Kindern vom ersten Tage an ausserordentlich gern benützt, im Gegensatz zu anderen Städten, wo die Kinder erst allmählich heranzubekommen waren. Täglich baden in dem Volksschulbade gegen 200 Kinder, keines schliesst sich aus. Das Baden geschieht abtheilungsweise während der Unterrichtszeit.

— Die Berliner medicinische Gesellschaft hat in ihrer dieswöchentlichen Sitzung (am 19. Juni) auf den Vorschlag der Präsidenten des nächstjährigen internationalen medicinischen Congresses, Virchow, v. Bergmann und Waldeyer, beschlossen, den Beginn des Congresses auf den 4. August 1890 und seine Dauer auf eine Woche festzusetzen. Zu der auf den 17. September ds. Js, wie bereits mitgetheilt, nach Heidelberg berufenen Versammlung der Delegirten der sämmtlichen medicinischen Vereine Deutschlands behufs Berathung der während des Congresses zu veranstaltenden Vorträge, Feierlichkeiten, Ausstellungen etc. wurde Prof. Bernhard Fraenkel einstimmig zum Delegirten gewählt.

— Die »Internationale Jury«, welche die Wettbewerbungen um die von Ihrer Majestät der Kaiserin Augusta ausgesetzten Preise für die beste innere Einrichtung eines transportablen Lazareths zu beurtheilen hatte, hat ihre Berathungen beendet und ist zu folgendem Resultate gelangt: Je eine goldene Medaille mit dem Bildniss der Kaiserin sowie je 2000 Mk. erhielten die Herren Dr. L. Gutsch zu Karlsruhe, Specialarzt für Chirurgie und Depotinspicient des badischen Landesvereins, Christoph, Doogs und Goldschmidt in Berlin, sowie Capitän Tomried und Dr. Norton in London; die grosse silberne Medaille erhielten Hoflieferant E. Cohn (Berlin) und H. Schlesinger, I. Berliner Patent-Schlafmöbel-Fabrik in Berlin; die grosse silberne Medaille und je 1000 Mk. wurden dem Stabsarzt Dr. H. F. Nicolai in Berlin und Carl Prinz, in Firma von Strubecker und Holluber in Wien zuerkannt. Je 1000 Mk. erhielten Robert Peters-Berlin, sowie Oberstabsarzt Dr. Haase, Regimentsarzt des Eisenbahn-Regiments in Berlin, und endlich je eine silberne Medaille Weber-Falkenberg-Cöln, Stabsarzt Dr. v. Hase-Hannover, Enseberg und Hausner-Dresden, C. Walter-Biondetti-Basel und J. Odelga-Wien.

— Geheimrath Dr. Heinrich Hoffmann, der ehemalige dirigirende Arzt des Irrenhauses in Frankfurt a./M. und Verfasser des »Struwelpeter« hat am 13. Juni seinen 80. Geburtstag gefeiert.

— Die französischen Gerichtshöfe haben bestimmt, dass ein Arzt in gesetzlicher Weise seine Praxis nicht verkaufen darf, weil diese kein Handelsartikel sei.

(Universitäts-Nachrichten.) Breslau. Prof. Rudolf Voltolini hier, feierte am 17. ds. Mts. seinen 70. Geburtstag. Zum Director des städtischen Gesundheitsamtes dahier ist Dr. Bernhard Fischer in Berlin an Stelle des verstorbenen Prof. Dr. Gscheidlen gewählt worden.

Amtlicher Erlass.

An die k. Regierungen, Kammern des Innern, die Districtspolizeibehörden und die k. Bezirksärzte.

Mittheilungen über ansteckende Krankheiten an die k. Militärbehörden betr.

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Inhaltlich der im Amtsblatte des k. Staatsministeriums des Innern 1879 S. 268 f. bekanntgegebenen Entschliessung des k. Kriegsministeriums vom 17. Juni 1879 haben die k. Militärärzte von jedem einzelnen unter den Truppentheilen einer Garnison aufgetretenen Falle von Erkrankung an Blattern, Typhus, Meningitis cerebro-spinalis, Cholera, Dysenterie, Scharlach, Masern, Diphtherie, contagiöser Augenentzündung und anderen Infectionskrankheiten der Districtsverwaltungsbehörde des Garnisonsortes schriftliche Mittheilung zu machen.

Anderseits hat aber auch die k. Militärverwaltung ein wesentliches Interesse daran, von allen Blatternerkrankungen, dann auch von den übrigen vorstehend bezeichneten Infectionskrankheiten, sobald die letzteren einen epidemischen Charakter annehmen, Kenntniss zu erhalten. Ausserdem kann es nach einer Mittheilung des k. Kriegsministeriums für die k. Militärverwaltung in kleineren Garnisonsorten, in welchen einerseits der Verkehr ein enger concentrirter und die Gefahr der Verschleppung ansteckender Krankheiten in das Casernement eine grössere ist, anderseits vorbeugende Maassregeln und eine Beschränkung des Verkehrs sich leichter durchführen lassen, unter Umständen erwünscht sein, selbst von Einzelfällen ansteckender Erkrankungen — nicht bloss bei Blatternerkrankungen — Kenntniss zu erhalten.

Demnach ergeht an die sämmtlichen Districtspolizeibehörden der Auftrag, von allen einzelnen Blatternerkrankungen, dann ausserdem von sonstigen ansteckenden Krankheiten, sobald diese epidemisch auftreten, der betreffenden Militärbehörde (Bezirkscommando, an Garnisonsorten Commandantur) Mittheilung zu machen. Ferner haben die Districtspolizeibehörden in kleineren Garnisonsorten, abgesehen von den Blatternfällen, auch von sonstigen zu ihrer Kenntniss kommenden Einzelfällen ansteckender Erkrankungen der k. Commandantur des Garnisonsortes dann Mittheilung zu machen, wenn nach den obwaltenden Umständen für die k. Militärverwaltung ein besonderes Interesse besteht, hievon Kenntniss zu erhalten. Ueber die Voraussetzungen, unter welchen die letzterwähnten Mittheilungen veranlasst sind, haben sich die betreffenden Districtspolizeibehörden mit dem k. Bezirksarzt und der k. Militärbehörde in's Benehmen zu setzen.

München, den 16. Mai 1889.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der General-Secretär:
v. Nies,
Ministerialrath.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Abschied bewilligt. Dem Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Maiberger, Regimentsarzt im 2. Schweren Reiter-Reg. mit Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform.

Ernannt. Der einjährig freiwillige Arst Dr. Sigmund Götz des 6. Chev.-Reg. zum Unterarzt im 7. Inf.-Reg. und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

Niederlassungen. Dr. Horazek in Seeg (Bez.-Amt Füssen); Dr. Carl Lukas in München.

Verzogen. Dr. med. Eugen Roth von Nandlstadt nach München.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 23. Jahreswoche vom 9. bis 15. Juni 1889.

(278 Theilnehmer.)

Brechdurchfall 58 (42*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 43 (48), Erysipelas 9 (5), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (2), Kindbettfieber 3 (2), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 93 (71), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 5 (4), Parotitis epidemica 4 (6), Pneumonia crouposa 16 (12), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 27 (36), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 13 (10), Tussis convulsiva 18 (23), Typhus abdominalis 3 (4), Varicellen 5 (12), Variola, Variolois — (1). Summa 300 (279). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 23. Jahreswoche vom 9. bis incl. 15. Juni 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 8 (5), Scharlach 2 (5), Diphtherie und Croup 13 (6), Keuchhusten 4 (—), Unterleibstyphus — (1), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 183 (177), der Tagesdurchschnitt 26.1 (25.3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 33.9 (32.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 19.1 (20.6), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15 1 (17.5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Correspondenz.

Die in der Arbeit des Herrn Dr. Hoffa auf pag. 442 gemachten Hinweise auf Fig. IV, V, VI und VII beziehen sich auf eine Lichtdruckbeilage, die leider nicht rechtzeitig eingetroffen ist und daher erst dem Schlusse des Artikels in der nächsten Nummer beigegeben werden kann.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.